



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1028182412																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
ADVINCULA					SINISTERRA					KELLY					DAYANA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso	FNR				Opción																			
																Nación				Estudiante madre cabeza de familia																			
																Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																			
										Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																									
															SGP							Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica														
										SI																				NO									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111756148																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ANGULO					ANGULO					WENDY					JOHANA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria			
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR										Opción											
																		Nación										Estudiante madre cabeza de familia											
										Adicionales										Hijo madre cabeza de familia																			
																		Propios										Hijo de veterano de la fuerza pública											
																	SGP										Hijo de Héroe de la Nación												
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes							Etnia										No Aplica												
										SI			NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1151445287																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
ARBOLEDA					MOSQUERA					YADIRA															Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
																		Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																	
							Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																												
														SGP				Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																								
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																				
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																				
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																								
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																				
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																				
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																								
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																	
CC		RC		TI		CE		1111765028																		Masculino				Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento												
BAYER					MACHADO					SANYA					LISETH													Dia		Mes		Año								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana			Rural																											
										X																														
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																								
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar															
															0										Básica Primaria															
															1										Básica Secundaria				X											
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7				X		8						9			
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																							
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista								
SISTEMA DE SALUD																																								
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado										
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																								
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No												
En situacion de desplazamiento																																								
No aplica																																								
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																								
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																		
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																		
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia								
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																		
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																		
TERRITORIALIDAD																																								
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica										
										SI					NO																									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																								
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																									
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico										
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico										
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo										
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica										
INFORMACIÓN FAMILIAR																																								
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																								
CC		RC		TI		CE																																		
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente															
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																								
FIRMAS																																								
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																								
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																				

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1113364030																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
BLANDON					ESTUPIÑAN					KAROLAIN					NICOLLE										Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0		1		2		3		4			Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
										Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																									
Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																																			
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			



OBSERVACIONES :

FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

OBSERVACIONES :

FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																											
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																											
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																															
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI		X		CE		1111762804																			Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																			
																												Dia		Mes		Año															
CAICEDO					MOSQUERA					CNDY					MAYESTI																																
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																								
										Urbana			Rural																																		
										X																																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																															
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																					
																										Básica Primaria																					
																										Básica Secundaria				X																	
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista																
SISTEMA DE SALUD																																															
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																	
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																															
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																						
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																			
En situacion de desplazamiento																																															
No aplica																																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																															
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato						Fuente Recurso		FNR					Opción																								
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																								
										1						2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia											
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																								
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación																								
TERRITORIALIDAD																																															
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia														No Aplica																	
										SI						NO																															
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																	
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																	
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																	
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																	
INFORMACIÓN FAMILIAR																																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																															
CC		RC		TI		CE																																									
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																						
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO														
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																								
OBSERVACIONES :																																															
FIRMAS																																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115449652					12			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
CASTAÑO					MORENO					ANY					YULIPSA										Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural							3176730259																			
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X														X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
																		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																
							Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																											
							SGP					Hijo de Héroe de la Nación																											
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		X		CE		1114239533															Masculino				Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento													
																										Dia		Mes		Año									
CASTRILLON					RODRIGUEZ					KAREN					JESENIA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria			X											
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9														
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
																	Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																	
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1148952434																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
CASTRO					CASTRO					CARMEN					TULIA										Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso	FNR			Opción																				
																Nación			Estudiante madre cabeza de familia																				
										Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																										
										Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																										
										SGP			Hijo de Héroe de la Nación																										
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica														
										SI																				NO									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO										
															Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115451061																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
CUERO					CARABALI					JERI					ZAMIRA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso	FNR				Opción																			
																Nación				Estudiante madre cabeza de familia																			
																Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																			
										Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																									
															SGP							Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica														
										SI																				NO									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD															
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA															
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA										N° de Grupo:																				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																			
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)												
CC		RC		TI	X	CE		1059044567																		Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
GRANJA					MINA					MARY					YILIANA										Dia		Mes		Año						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																	
										Urbana		Rural																							
										X																									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar														
																					Básica Primaria														
										0			1		2		3		4			Básica Secundaria		X											
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																			
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																			
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No							
En situacion de desplazamiento																																			
No aplica																																			
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																			
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso	FNR			Opción																
																Nación			Estudiante madre cabeza de familia																
										Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																						
										Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																						
										SGP			Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																			
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia										No Aplica												
								SI		NO																									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																			
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																				
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico					
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico					
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo					
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica					
INFORMACIÓN FAMILIAR																																			
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																													
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente										
															Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO						
															Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)														
OBSERVACIONES :																																			
FIRMAS																																			
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																			
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho															

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																									
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																		
CC		RC		TI		X		CE		1115068061																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
																												Dia		Mes		Año									
GUALLYS					OCAMPO					ISABELA																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
										X																															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																
																									Básica Primaria																
																									Básica Secundaria				X												
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista											
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No													
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																			
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																			
										1					2		3		4		5		6		Otro							Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																			
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																			
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																									
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO								
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.

Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.

NUEVO

A que grado ingresa
7

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2018

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO

JOSÉ RAMÓN BEJARANO

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 66735506

Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA

N° de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

X

CE

1028187639

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

HURTADO

GARCES

NORLYN

MELANY

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

6

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

X

8

9

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10°

11°

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

1

2

3

4

5

6

Otro

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Hipoacusia-baja audición

Baja visión diagnosticada

Ceguera

Paralisis Cerebral

Lesión neuromuscular

Autismo

Deficiencia cognitiva

Sindrome de Down

Múltiple

No Aplica

No aplica

Talento Científico

Talento tecnológico

Talento subjetivo

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

CC

RC

TI

CE

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI	X	CE		1076667035																		Masculino			Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																	
																												Dia		Mes		Año													
HURTADO					OBREGON					ALBER																																			
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																						
										Urbana			Rural																																
										X																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																								
																					Básica Primaria																								
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria					X				
										5					6						7					X					8					9									
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																														
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																							
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																				
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No																
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR										Opción																	
																		Nación										Estudiante madre cabeza de familia																	
										Adicionales										Hijo madre cabeza de familia																									
																		Propios										Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																		SGP										Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC	RC	TI	CE																																										
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																							
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO															
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																									
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso														NUEVO				CONTINUIDAD																	
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																		X																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO														SEDE								MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO														JOSÉ RAMÓN BEJARANO								.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735506										Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA										N° de Grupo:															
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																			
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)												
CC		RC		TI		X		CE		1111765117															Masculino				Femenino						
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		Fecha Nacimiento															
																						Dia		Mes		Año									
LONDOÑO				BEDOYA				VALERIA																											
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		Teléfono																	
												Urbana		Rural																					
												X																							
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)						Nivel		Preescolar											
																								Básica Primaria											
																								Básica Secundaria				X							
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9									
Subsidiado				Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																			
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista							
								X																				X							
SISTEMA DE SALUD																																			
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				A+															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																			
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado							
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No			
En situacion de desplazamiento																																			
No aplica																																			
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																			
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato						Fuente Recurso		FNR				Opción															
																Nación				Estudiante madre cabeza de familia															
								1						2		3		4		5		6		Otro				Adicionales		Hijo madre cabeza de familia					
																Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública															
																SGP				Hijo de Héroe de la Nación															
TERRITORIALIDAD																																			
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia												No Aplica							
										SI						NO																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																			
DISCAPACIDADES														CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda						Paralisis Cerebral								Síndrome de Down								Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular								Múltiple								Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada						Autismo								No Aplica								Talento subjetivo													
Ceguera						Deficiencia cognitiva																No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																																			
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																													
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente													
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO					
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)															
OBSERVACIONES :																																			
FIRMAS																																			
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																			
RECTOR				COORDINADOR				ACUDIENTE				ESTUDIANTE				Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1113364323																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
LOPEZ					CORDOBA					LEIDY					JANESSY													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria			
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación																
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		CE		1111766085																		Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
LOPEZ					GIRALDO					GILARY					MAILEE													Dia		Mes		Año												
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
															0										Básica Primaria																			
															1										Básica Secundaria				X															
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7				X		8						9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		X		CE		1115451528																		Masculino				Femenino												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
MAFLA					ANGULO					JENNIFER					DAYAN													Dia		Mes		Año												
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria				X															
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																			
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115454224																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
MARQUINEZ					RODRIGUEZ					DAYAN					MICHEL																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0				1				2					3				4				Básica Secundaria		X						
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR						Opción															
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia															
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia													
																				Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública													
																						SGP						Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		X		CE		1111767380															Masculino				Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento													
																										Dia		Mes		Año									
MARTINES					VANEGAS					CHELSY					YANIRA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria			X											
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9														
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
																	Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																	
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.

Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.

NUEVO

A que grado ingresa
7

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2018

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO

SEDE

JOSÉ RAMÓN BEJARANO

MUNICIPIO

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 66735506

Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA

Nº de Grupo:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

X

CE

1115451416

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

MOSQUERA

CASTILLO

KAROL

NICOLL

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

6

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

X

8

9

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10º

11º

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

SISTEMA DE SALUD

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

Dia

Mes

Año

Si

No

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

1

2

3

4

5

6

Otro

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

CC

RC

TI

CE

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho



FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD															
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA															
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:															
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																			
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)												
CC		RC		TI	X	CE		1111764056																		Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
OLMEDO					OROBIO					EILEEN					VANESSA										Dia		Mes		Año						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																	
										Urbana		Rural																							
										X																									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar														
																					Básica Primaria														
																					Básica Secundaria		X												
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																			
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																			
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No							
En situacion de desplazamiento																																			
No aplica																																			
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																			
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso	FNR			Opción																
																Nación			Estudiante madre cabeza de familia																
										1		2	3	4		5	6	Otro	Adicionales			Hijo madre cabeza de familia													
																			Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública													
																			SGP			Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																			
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica										
										SI																				NO					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																			
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																				
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico					
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico					
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo					
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica					
INFORMACIÓN FAMILIAR																																			
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																			
CC	RC	TI	CE																																
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente													
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO									
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																			
FIRMAS																																			
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																			
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho															

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																											
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																											
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																															
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI		X		CE		1111766759																				Masculino				Femenino													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																			
																												Dia		Mes		Año															
PANAMEÑO					ADVINCLA					JARELLY																																					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																								
										Urbana			Rural																																		
										X																																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																															
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																					
																										Básica Primaria																					
																										Básica Secundaria				X																	
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																															
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																	
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																															
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																						
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																			
En situacion de desplazamiento																																															
No aplica																																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																															
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato						Fuente Recurso		FNR					Opción																								
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																								
										1						2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia											
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																								
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación																								
TERRITORIALIDAD																																															
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica																	
										SI					NO																																
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																	
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																	
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																	
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																	
INFORMACIÓN FAMILIAR																																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																															
CC		RC		TI		CE																																									
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																						
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO														
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																								
OBSERVACIONES :																																															
FIRMAS																																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		CE		1111785791																		Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
PANAMEÑO					ARBOLEDA					KAROL					JISSEL																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria				X															
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																			
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																													
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																									
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																													
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																																	
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																								
CC		RC		TI		X		CE		1115452299																			Masculino				Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																					
PAREDES					PEREA					ZHAYRA					GIANNE ALEXANDRA													Dia		Mes		Año																	
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia			Municipio de Residencia					Teléfono																												
										Urbana			Rural																																				
										X																																							
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																																	
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																							
																0										Básica Primaria																							
																1										Básica Secundaria				X																			
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5										7				X		8						9											
Subsidiado				Interno				OTRO MODELO						MEDIA				Carácter				Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																																	
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																																	
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor										Municipio Expulsor										Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																														Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																																	
No aplica																																																	
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																																	
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato								Fuente Recurso		FNR						Opción																							
																				Nación						Estudiante madre cabeza de familia																							
										1								2		3		4		5		6		Otro				Adicionales						Hijo madre cabeza de familia											
																				Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																							
																				SGP						Hijo de Héroe de la Nación																							
TERRITORIALIDAD																																																	
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica																			
										SI										NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																		
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																			
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																			
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																			
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																			
INFORMACIÓN FAMILIAR																																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																																	
CC		RC		TI		CE																																											
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																								
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO																
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																										
OBSERVACIONES :																																																	
FIRMAS																																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																																	
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																													



OBSERVACIONES :

FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		X		CE		1115450920															Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																		
PRADO					LOZANO					YEICY					ZULLAY											Dia		Mes		Año														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																							
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
															0										Básica Primaria																			
															1										Básica Secundaria				X															
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7				X		8						9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



FIRMAS				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad				
RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																														
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																										
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																										
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																														
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																										
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																										
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																														
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																							
CC		RC		TI		CE		38982009																		Masculino				Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																		
																												Dia		Mes		Año														
RENGIFO					ANGULO					KAROL					MICHEL																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																							
										Urbana			Rural																																	
										X																																				
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																														
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																					
																									Básica Primaria																					
																									Básica Secundaria				X																	
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																														
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																														
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																					
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No																	
En situacion de desplazamiento																																														
No aplica																																														
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																														
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																								
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																								
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia											
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																								
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																								
TERRITORIALIDAD																																														
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica																
										SI					NO																															
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																														
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																
INFORMACIÓN FAMILIAR																																														
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																										
CC		RC		TI		CE																																								
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																					
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO													
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																							
OBSERVACIONES :																																														
FIRMAS																																														
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																														
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																										

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA			MES			AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE		1192752788																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RENTERIA					MOSQUERA					JULIAN					ANDRES																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria					X													
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR						Opción															
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia															
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia													
																				Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública													
																				SGP					Hijo de Héroe de la Nación														
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI		X		CE		1059042489																		Masculino				Femenino													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																	
																												Dia		Mes		Año													
RIASCOS					ANGULO					LICETH					YULIANA																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																						
										Urbana			Rural																																
										X																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																				
																									Básica Primaria																				
																									Básica Secundaria				X																
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																				
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																												
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																	
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																							
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																							
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales				Hijo madre cabeza de familia											
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																							
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																							
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC		RC		TI		CE																																							
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																				
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO												
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																						
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																				
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																				
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)											
CC		RC		TI		X		CE		1151196774																			Masculino				Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																						Dia Mes Año														
RODRIGUEZ				MICOLTA				SINTIA				MILENA																								
Dirección de Residencia				Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana Rural																										
										X																										
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																				
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel	Preescolar																
																				Básica Primaria																
																				Básica Secundaria			X													
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5 6 7 X 8 9																									
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																								
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°	11°	Académic		Técnico		Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada														Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado										
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados						Departamento Expulsor										Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																					Dia Mes Año		Si No													
En situacion de desplazamiento																																				
No aplica																																				
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																				
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato						Fuente Recurso	FNR				Opción																	
															Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
								1 2 3 4 5 6 Otro							Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																	
															Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																	
															SGP				Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																				
Resguardo al que pertenece								Negritudes						Etnia										No Aplica												
								SI NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda						Paralisis Cerebral								Síndrome de Down								Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular								Múltiple								Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada						Autismo								No Aplica								Talento subjetivo														
Ceguera						Deficiencia cognitiva																No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento		Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																						
CC		RC		TI		CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente														
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI NO								
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR				COORDINADOR								ACUDIENTE								ESTUDIANTE								Indice Derecho								

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE		1115452322																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RODRIGUEZ					SINISTERRA					LAURA					CAMILA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9														
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
																	Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																	
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111760361																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
SANCHEZ					ESCOBAR					DANNA					LICETH													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0				1				2					3				4				Básica Secundaria		X						
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
										Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																									
Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																																			
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115450188																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
SANCLEMENTE					ANGULO					LASHLEY					ZHARIK																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
																		Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																	
							Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																												
														SGP				Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI		X		CE		1111802677															Masculino				Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																			
																										Dia		Mes		Año															
TORRES					TOVAR					PAULA					ANDREA																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																								
										Urbana			Rural																																
										X																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																				
																									Básica Primaria																				
																									Básica Secundaria			X																	
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		X		8		9																				
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																												
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																	
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																							
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																							
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia										
																															Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública									
																													SGP					Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC		RC		TI		CE																																							
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																				
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO												
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																						
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66735506					Nombre Docente: RUIZ RUIZ ROSA															N° de Grupo:																							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																				
CC		RC		TI		CE		1150934561																		Masculino				Femenino													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento															
VALENCIA					RIASCOS					FLOR					JARITZA													Dia		Mes		Año											
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																				
										Urbana			Rural																														
										X																																	
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																		
															0										Básica Primaria																		
															1										Básica Secundaria				X														
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7				X		8						9						
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																										
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																		
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No														
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																					
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																					
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia											
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																					
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica													
										SI					NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo													
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC		TI		CE																																					
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																		
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO										
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																				
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																							