

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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1193445287																			Masculino			Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ANGULO					ANGULO					ANDRES					FELIPE													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													
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007838882																			Masculino				Femenino						
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
ANGULO				ARBOLEDA				KAREN				TATIANA										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															
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5 6 7 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																												
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111745001																			Masculino			Femenino									
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Dia		Mes		Año													
BALANTA				SINISTERRA				NAYERLY																															
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															
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		29990940																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
BARREIRO					OROBIO					CARLOS					DANIEL																								
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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007844253																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
CAICEDO					REYES					JHON					HEILER																								
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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1192738202																Masculino				Femenino																	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																							
																								Dia		Mes		Año																			
CUERO				LERMA				WENDY				LICETH																																			
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																	
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		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																															
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1193049104															Masculino				Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento													
																										Dia		Mes		Año									
DELGADO					MARTINEZ					JERSON					ENRIQUE																								
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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1005096307																		Masculino				Femenino												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
DIAZ					IBARGUEN					PAOLA					ANDREA													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															
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																											
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 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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006268714																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
FLORES					VALENCIA					KAROL					DAYANA										Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana		Rural								3173440646																			
										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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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									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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1004565727																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
GALEANO					ZAMORA					YONNIER					STIVEN																								
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													
										0		1		2		3		4			5		6		7		8		9										
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1077647654															Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
GAMBOA					ARAGON					CINDY					PAOLA																													
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																
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																											
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007734158																			Masculino			Femenino					
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento													
																						Dia Mes Año													
GOMEZ				VALENCIA				DAVID				STEVEN																							
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										
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7		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																										
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006202733																		Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
HURTADO					CAMPOS					MARIA					DE LOS ANGELES										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												
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																										
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006191234																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
LIZALDA					IBARGUEN					CRISTIAN					DAVID																								
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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5 6 7 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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111775297																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
MARQUINEZ										YINA					MARCELA																								
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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007838632																		Masculino				Femenino							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
MARTINEZ										DIEGO					FERNANDO													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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7						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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111761418																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
MINA					CASTRO					ERMI					MARGOTH																								
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						
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1151445479																Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento													
																										Dia		Mes		Año									
MINA					YEPES					KAREN					YULIE																								
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									
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		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																							
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006202061																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
MONTAÑO					CASTRO					NEILY					PAMELA																								
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						
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006190063																			Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento								
																												Dia		Mes		Año				
MONTOYA					GARCIA					LEONEL					FERNANDO																					
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										
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7		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																									
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																



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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111788755																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
MURILLO					MINA					JOSE					FAYBER																								
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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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																			



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



<b>RECTOR</b>	<b>COORDINADOR</b>	<b>ACUDIENTE</b>	<b>ESTUDIANTE</b>	<b>Indice Derecho</b>



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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1001848754																		Masculino				Femenino							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
PORRAS					ALVAREZ					JOHN					ALEXANDER																								
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								
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5																								
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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1001848753																		Masculino				Femenino							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
PORRAS					ALVAREZ					JOHN					ALEXIS																								
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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1086044036																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
QUIÑONES					MIRANDA					INGRID					TATIANA																								
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													
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1193556760																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
QUINONES					YASCUARAN					LUIS					ALAND																								
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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1087779460																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
QUINONEZ					CABEZAS					LAURI					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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 :**

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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111743445																		Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
REBOLLEDO					RENTERIA					YEFERSON																																		
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													
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5																													
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														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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		99071917602																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RODRIGUEZ					PAREDES					WILLIAN					ALBERTO																								
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													
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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																			



<b>RECTOR</b>	<b>COORDINADOR</b>	<b>ACUDIENTE</b>	<b>ESTUDIANTE</b>	<b>Indice Derecho</b>

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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006200841																		Masculino				Femenino												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
SANCHEZ					PEREA					ANYELI																		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															
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																											
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007795960																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
SOLIMAN					DAVILA					LEYDI					KARINA																								
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											
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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																			

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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006195369																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
TORRES					CAICEDO					MAYRA					CAROLINA													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																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1007850050															Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																		
																										Dia		Mes		Año														
TORRES					FLORES					DAGNA					CAROLINA																													
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															
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																											
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1151445303																			Masculino			Femenino					
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento							
VALENCIA					VALENCIA					LINA					FABIANA													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									
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7		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																										
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1111754364																		Masculino				Femenino																		
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																				
VALENCIA					VANEGAS					ANGIE					TATIANA													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																			
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										6						7						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																															
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		97121419525																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
VENTE					LOPEZ					JHONATAN																													
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										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		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																						
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006191467																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VIERA					CARDONA					DALIANA					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																		
																					Básica Primaria																		
										0				1				2					3				4				Básica Secundaria		X						
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1028187933																			Masculino				Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																					
ZAPATA					VÉLEZ					DANIEL					ALEJANDRO													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																			
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5										6						7						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																																	
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1193347279															Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																		
ZAPATA					VELEZ					DARLYNG					TATIANA											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																
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										6					7					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																											
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 11		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: 16495439					Nombre Docente: RIASCOS RIASCOS JAIR															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		1006593396																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ZAPATA					VELEZ					DEBBIE					DANISSA													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			
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		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																														
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																			