



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula			DIA		MES			AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																														
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																										
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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															Masculino					Femenino		X																		
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																		
																												Dia		Mes		Año														
ACHITO					LERMA					LOREN					FERNANDA																															
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				X																	
																									Básica Secundaria																					
TRANSICIÓN		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														
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 PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula			DIA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino		X		Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
ALEGRIA					CAICEDO					DILAN					JULIAN													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				X												
															1								X		Básica Secundaria																
TRANSICIÓN		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									
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																					



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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															Masculino		X		Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
ANGULO					PANAMEÑO					EVER					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																
															0										Básica Primaria				X												
															1								X		Básica Secundaria																
TRANSICIÓN		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									
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																					



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

OBSERVACIONES :

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



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Índice Derecho



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino				Femenino		X												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
BUITRAGO					PLAZA					KAROL					LUCIANA																													
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				X															
																									Básica Secundaria																			
TRANSICIÓN		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													
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																								

OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :

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



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino				Femenino		X							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
GRANJA					CUNDUMI					KAROL					SOFIA																								
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				X										
															1								X		Básica Secundaria														
TRANSICIÓN		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							
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																			



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

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

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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino				Femenino		X									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
																												Dia		Mes		Año									
LEZCANO					OLIVEROS					MARIA					FERNANDA																										
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				X												
																									Básica Secundaria																
TRANSICIÓN		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								
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							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 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 1		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino		X		Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
LOPEZ					ANGULO					JESUS					ADRIAN													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				X										
															1								X		Básica Secundaria														
TRANSICIÓN		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							
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 PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
LOPEZ					CASTRO					ISABEL					CRISTINA													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				X										
															1								X		Básica Secundaria														
TRANSICIÓN		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							
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																			



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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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		1196714320					6			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino				Femenino		X											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento															
MICOLTA					MOSQUERA					MARIA					JOSE													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				X														
															1								X		Básica Secundaria																		
TRANSICIÓN		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												
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																												
																				NO APLICA																							
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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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															Masculino					Femenino		X													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
																												Dia		Mes		Año									
MONTAÑO					PEREA					GISELA																															
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				X												
															1								X		Básica Secundaria																
															2																										
															3																										
															4																										
															5																										
															6																										
															7																										
															8																										
															9																										
TRANSICIÓN		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS																																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista										
								X																							X										
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No												
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																			
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																			
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																			
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																			
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																									
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO								
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
1

CONTINUIDAD

X

Fecha Matricula

DIA

MES

AÑO
2018

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL

PABLO EMILIO CARVAJAL

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 29229329

Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA

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

Masculino

Femenino

X

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

OCORO

OBREGON

PAULA

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

TRANSICIÓN

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

X

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

1

2

3

4

5

6

Otro

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Hipoacusia-baja audición

Baja visión diagnosticada

Ceguera

Paralisis Cerebral

Lesión neuromuscular

Autismo

Deficiencia cognitiva

Sindrome de Down

Múltiple

No Aplica

No aplica

Talento Científico

Talento tecnológico

Talento subjetivo

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 PABLO EMILIO CARVAJAL

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 1		Fecha Matricula			DIA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino		X		Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
RAMIREZ					MORENO					MIGUEL					ANGEL																													
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				X															
																									Básica Secundaria																			
TRANSICIÓN		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												
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																								

OBSERVACIONES :



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



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :



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 1		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PABLO EMILIO CARVAJAL										PABLO EMILIO CARVAJAL										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 29229329					Nombre Docente: QUINTERO QUINTERO ALBA															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																				Masculino				Femenino		X							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
					SAA					LOREN					SHAOMI													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				X										
															1								X		Básica Secundaria														
TRANSICIÓN		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							
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																			

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