

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



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 DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES			AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1113362999						12													Masculino				Femenino		X				
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
BONILLA					CAICEDO					DEBBIE					STEFANY													Dia		Mes		Año							
31					05					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE RAMIRO					EL FIRME					X																3162560027, 3166341061													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																										Básica Secundaria				X									
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				O+																			
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																								
																				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																			



OBSERVACIONES :

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1113363907						11													Masculino			Femenino		X							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CANDELA					AGUIRRE					KAREN					TATIANA													Dia		Mes		Año							
24					05					2006																													
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono														
												Urbana			Rural																								
CRA 74 25-69						BRISAS DEL MAR						X																312 7148593,											
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																	
																						Básica Primaria																	
																						Básica Secundaria				X													
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																				
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																											
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X														X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																					
ANASWAYUU												O+																											
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																								
				1											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																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1111757126						12													Masculino				Femenino		X				
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CARABALÍ					MURILLO					KAROL					JAZURY													Dia		Mes		Año							
16					08					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
					LA INDEPENDENCIA					X																3104610130, 3218607922													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																										Básica Secundaria				X									
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				O+																			
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																
										X								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																			



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



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 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1006201588						14			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino													
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento					Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento									
ECHEVERRI						CASTRILLON						CARLOS						EDUARDO																Dia		Mes		Año					
27						10						2003																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						ROCKEFELLER						X																3154676483															
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		X		8				9																											
6		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																		
												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



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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1111755103						12													Masculino				Femenino		X				
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
GONGORA					BETANCOURT					NICOLLE					FERNANDA													Dia		Mes		Año							
19					09					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
SAN ANTONIO										X																3117803224													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																										Básica Secundaria				X									
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				O+																			
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																
										X								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 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1113363785						12			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino													
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
GUEVARA						MORENO						JOHAN						SMITH														Dia		Mes	Año								
17						01						2006																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						EL TRIUNFO						X													3155257150																		
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	X	8		9													
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																															
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																									
				X														X																									
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																									
ANASWAYUU												A+																															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes	Año		Si	No													
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato						Fuente Recurso	FNR						Opción																						
															Nación						Estudiante madre cabeza de familia																						
								Adicionales							Hijo madre cabeza de familia																												
												Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																									
												SGP						Hijo de Héroe de la Nación																									
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece								Negritudes						Etnia										No Aplica																			
								SI			NO																																
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																		Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			



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 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1111759321						11			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino													
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
OROBIO						URBANO						DENZEL						DAVID														Dia		22	Mes	07	Año	2006					
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						12 DE ABRIL						X																3162482716															
												Urbana			Rural																												
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)												Nivel	Preescolar																			
																								Básica Primaria																			
																								Básica Secundaria				X															
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista																							
				X																X																							
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
ANASWAYUU																				A+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes	Año	Si	No														
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción																				
																	Nación						Estudiante madre cabeza de familia																				
																	Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																				
1								2	3	4	5	6	Otro	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 DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66943443					Nombre Docente: CAICEDO CAICEDO XIOMARA															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		1113363234					12													Masculino				Femenino		X					
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
QUIÑONEZ					MOSQUERA					HAYLEY					ALEXANDRA													Dia		Mes		Año							
19					07					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CRA 58 CL 2 NO. 5-62					CASCAJAL					X																3136326385, 3162755250													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5 6 7 X 8 9																								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				O+																			
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																								
															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																			



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

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

OBSERVACIONES :



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

OBSERVACIONES :