

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		1151445348					27			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento															
ANGULO					CANGA					SONIA																		Dia		Mes		Año											
19					06					1990																																	
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																				
										Urbana			Rural																														
CR 47 N° 14-18					ISLA DE LA PAZ					X																																	
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar																
																											Básica Primaria																
																											Básica Secundaria					X											
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												6					7		8		9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																										
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista											
								X									X															X											
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
ANASWAYUU																				A+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																		
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No														
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR							Opción																			
																	Nación							Estudiante madre cabeza de familia																			
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales							Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																			
																	SGP							Hijo de Héroe de la Nación																			
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica													
										SI					NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo													
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																					
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO													
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																							
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																							

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		1192912749					24			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ANGULO					IBARGUEN					MARCELY																		Dia		Mes		Año							
15					11					1993																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
			Urbana		Rural																																		
CL 15 N° 47D-4					ISLA DE LA PAZ					X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar												
																											Básica Primaria												
																											Básica Secundaria					X							
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5 6 7 8 9																								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista							
								X									X															X							
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				A+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR							Opción															
																	Nación							Estudiante madre cabeza de familia															
										1 2 3 4 5 6 Otro							Adicionales							Hijo madre cabeza de familia															
																	Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública															
																	SGP							Hijo de Héroe de la Nación															
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			



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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		31600682																		Masculino				Femenino													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento															
																												Dia		Mes		Año											
ARBOLEDA					MOSQUERA					NILDA																																	
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																				
										Urbana			Rural																														
										X																																	
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																		
																									Básica Primaria																		
																									Básica Secundaria				X														
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7						9												
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																										
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista												
								X									X														X												
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
ANASWAYUU																				A+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																		
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No															
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																					
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																					
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales				Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																					
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica													
										SI					NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo													
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC		TI		CE																																					
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																		
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO										
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																				
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																							

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD															
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA															
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1193247301																		Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
ASPRILLA					SALAS					YULENNI															Dia		Mes		Año						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																	
										Urbana		Rural																							
										X																									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar														
																					Básica Primaria														
																					Básica Secundaria		X												
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																	
				X					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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1089794033																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
CAICEDO					AGUIRRE					MERCY					ADRIANA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X					X									X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
																		Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																	
							Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																												
														SGP				Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1006386627																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
CAICEDO					CANGA					MARLIN					TATIANA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
								X									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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1006199017																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																									Dia		Mes		Año										
CUERO					GRANJA					KEYLA					PAMELA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X					X									X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
																		Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																	
							Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																												
														SGP				Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		24975306																		Masculino				Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
FRANCO					HURTADO					YESENIA																		Dia		Mes		Año									
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
										X																															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar														
																											Básica Primaria														
																											Básica Secundaria					X									
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												7							9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista										
								X									X														X										
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No													
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR							Opción																	
																	Nación							Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales							Hijo madre cabeza de familia							
																	Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP							Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																									
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO								
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																											
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		29226785					41			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																			
GALINDO					CELORIO					GINNA					DEYVIS													Dia		Mes		Año															
23					09					1976																																					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																								
										Urbana			Rural																																		
CR 45 N° 2-4					JUAN XXIII					X																																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																															
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																						
																									Básica Primaria																						
																									Básica Secundaria			X																			
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										6			7		8			9														
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																																		
Si		No		Si		No			Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista																
				X											X															X																	
SISTEMA DE SALUD																																															
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																	
ANASWAYUU																				A+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																															
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																						
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No																		
En situacion de desplazamiento																																															
No aplica																																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																															
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																									
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																									
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia												
																															Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública											
																													SGP					Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																															
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica																	
										SI					NO																																
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																	
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																	
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																	
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																	
INFORMACIÓN FAMILIAR																																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																															
CC	RC	TI	CE																																												
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																									
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO																	
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																											
OBSERVACIONES :																																															
FIRMAS																																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																											



OBSERVACIONES :

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		1192912916					18			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
GAMBOA					MOSQUERA					ANDRES					FELIPE										Dia		Mes		Año										
21					02					1999																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana			Rural																										
CR 47A N° 11-15					EL ORIENTE					X										3206506058																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0		1		2		3		4			Básica Secundaria		X																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X					X									X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
										Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																									
Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																																			
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD															
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA															
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1028189136																		Masculino			Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
GARCIA					VALENCIA					SANDRA					PATRICIA										Dia		Mes		Año						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia		Municipio de Residencia			Teléfono																	
										Urbana			Rural																						
										X																									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar														
																					Básica Primaria														
																					Básica Secundaria		X												
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																	
				X					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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso														NUEVO				CONTINUIDAD																											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																		X																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																							
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO														SEDE								MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO														JOSÉ RAMÓN BEJARANO								.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente:				14972553				Nombre Docente:				MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN								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				98031270111														Masculino				Femenino															
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																					
																								Dia		Mes		Año																	
LUJAN				ALOMIA				KELLY				ANDREA																																	
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia				Teléfono																									
												Urbana		Rural																															
												X																																	
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																										Básica Primaria																			
																										Básica Secundaria				X															
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		8		9																					
Subsidiado				Interno				OTRO MODELO				MEDIA				Carácter				Especialidad																									
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista													
								X								X																X													
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																	
ANASWAYUU																				A+																									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión						Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No													
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR						Opción																					
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia																					
								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 :

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		1111807947					21			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
MOSQUERA					CETTEL					GINA					GISSELLA													Dia		Mes		Año												
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria			X																
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										31			01		1996														
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No			Nivel I		Nivel II			Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista											
									X										X														X											
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU																				A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No															
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3			4		5			6		Otro			Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																														Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública									
																														SGP					Hijo de Héroe de la Nación									
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC	RC	TI	CE																																									
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																						
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO														
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																								
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



OBSERVACIONES :



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



OBSERVACIONES :

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1006203480																		Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
PEDROZA					MURILLO					KAREN					TATIANA																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar																	
																											Básica Primaria																	
																											Básica Secundaria				X													
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												7						9											
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
								X									X															X												
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU																				A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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	X	RC		TI		CE		1111800262					23			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento														
QUINTERO					ANGULO					ROBERT					EFRAIN												Dia		Mes		Año										
07					08					1994																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
										X																3174821038															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																
																									Básica Primaria																
																									Básica Secundaria				X												
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										9																
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																												
Si		No		Si		No			Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista								
				X													X																X								
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No												
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR							Opción																	
																	Nación							Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales							Hijo madre cabeza de familia							
																	Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP							Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																									
CC	RC	TI	CE																																						
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																			
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					



OBSERVACIONES :

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1111807802																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RENTERIA					SUAREZ					LUIS					ANLLELOG																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar												
																											Básica Primaria												
																											Básica Secundaria				X								
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5 6 7 8 9																								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista									
								X								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					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA			MES			AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1007763425																		Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																	
																												Dia		Mes		Año													
RIASCO					MOSQUERA					MARCO					ANTONIO																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																						
										Urbana			Rural																																
										X																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar																		
																											Básica Primaria																		
																											Básica Secundaria				X														
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												7						9												
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																												
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista													
								X									X															X													
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado															
ANASWAYUU																				A+																									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No																
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																							
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																							
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia										
																															Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública									
																													SGP					Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC		RC		TI		CE																																							
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																				
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO												
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																						
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1059981841																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RIASCOS					GARCIA					BRISNEY					CAROLINA																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria			
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
				X					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 JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1112223871																		Masculino				Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
																												Dia		Mes		Año									
RODRIGUEZ					CARABALI					JOHANA																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
										X																															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar														
																											Básica Primaria														
																											Básica Secundaria					X									
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												7							9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista									
								X									X															X									
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No													
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR							Opción																	
																	Nación							Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro		Adicionales							Hijo madre cabeza de familia							
																	Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP							Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																					
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO								
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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		1232890351																		Masculino				Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
																												Dia		Mes		Año									
RUEDA					REYES					ALEX					DIOSEMEL																										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
										X																															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar														
																											Básica Primaria														
																											Básica Secundaria					X									
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5												7							9							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista										
								X									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 :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1149186459																		Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VALENCIA										IRIS					ANDREA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
10		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
								X									X														X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				A+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN										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	X	RC		TI		CE		1111744857																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VALENCIA					BENITEZ					LUZ					NEIDA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0			1		2		3		4		Básica Secundaria		X																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X					X									X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
																				Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública														
																						SGP					Hijo de Héroe de la Nación												
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 11		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ RAMÓN BEJARANO										JOSÉ RAMÓN BEJARANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 14972553					Nombre Docente: MONTAÑO MONTAÑO AGUSTIN															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		1192752734																		Masculino			Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
VALENCIA					CAICEDO					VICTOR					MANUEL										Dia		Mes		Año										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana																													
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
10	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X					X									X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																	
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
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 :