



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 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2019																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 94441686					Nombre Docente: CÁRDENAS CÁRDENAS FREDDY					N° de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE															Masculino			Femenino		X													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento					Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento									
																														Dia		Mes		Año					
CAMPO					GIRALDO					KATALINA																													
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																								
7	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5			6			7			8		X	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										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO										
															Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR										ACUDIENTE										ESTUDIANTE										Indice Derecho				

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2019													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 94441686					Nombre Docente: CÁRDENAS CÁRDENAS FREDDY					Nº de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111750405													Masculino					X	Femenino												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
CANDELO					ZUÑIGA					PABLO					CESAR																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia					Teléfono																			
										Urbana	Rural																												
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
		Básica Secundaria								X																													
		0		1		2					3		4																										
7	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración	10º	11º	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																			
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato								Fuente Recurso	FNR				Opción																				
															Nación				Estudiante madre cabeza de familia																				
						Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																													
						Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																													
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia										No Aplica																
								SI		NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO										
															Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																				
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2019													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										.BUENAVENTURA																
Doc. Docente: 94441686					Nombre Docente: CÁRDENAS CÁRDENAS FREDDY					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		1091202358													Masculino						Femenino		X							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento					Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento						
																														Dia	Mes		Año			
CHUNGA					LOPEZ					ISABELLA																										
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																										
7	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8	X	9																		
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																							
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración	10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																			
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia	Mes		Año		Si	No										
En situacion de desplazamiento																																				
No aplica																																				
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																				
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato								Fuente Recurso	FNR				Opción																	
															Nación				Estudiante madre cabeza de familia																	
						Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																										
						Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																										
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																
TERRITORIALIDAD																																				
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia										No Aplica													
								SI		NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																				
CC	RC	TI	CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente											
															Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO							
															Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)															
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2019																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 94441686					Nombre Docente: CÁRDENAS CÁRDENAS FREDDY					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		1110287237													Masculino						Femenino		X										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
GOMEZ					RUBIO					LAURA					VALENTINA																								
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																								
7	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato								Fuente Recurso	FNR				Opción																				
															Nación				Estudiante madre cabeza de familia																				
						Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																													
						Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																													
SGP				Hijo de Héroe de la Nación																																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia										No Aplica																
								SI		NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis 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



COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR

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 8		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										COLEGIO BILINGÜE COMFAMAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 94441686					Nombre Docente: CÁRDENAS CÁRDENAS FREDDY															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		1115448434																			Masculino		X		Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
REVELO					LENIS					JUAN					FELIPE													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia			Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana		Rural																											
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)						Nivel		Preescolar															
																								Básica Primaria															
																								Básica Secundaria				X											
7		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		8		X		9													
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista									
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato						Fuente Recurso		FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
										1 2 3 4 5 6 Otro								Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación																
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			