

OBSERVACIONES :

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DIA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT															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		1108253502						13			VALLE DEL CAUCA					CALI					Masculino		X	Femenino													
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ALOMIA						CAICEDO						BRAYAN						STIVEN														Dia		Mes		Año							
24						05						2004																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						ALFONSO LOPEZ MICHELSEN						X																3174681570															
												Urbana			Rural																												
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)												Nivel	Preescolar																			
																								Básica Primaria																			
											Básica Secundaria				X																												
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista																							
				X																X																							
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																			
ANASWAYUU																A+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN						Nivel SISBEN						Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción																
																					Nación						Estudiante madre cabeza de familia																
												Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																									
																					Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																
																					SGP						Hijo de Héroe de la Nación																
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia										No Aplica																	
										SI			NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																		Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT															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		1111758755						11													Masculino				Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																					
ALOMÍA				RACINES				SHARY				VANESSA										Dia		Mes		Año																	
21				03				2006																																			
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																							
Urbana		Rural																																									
CRA 65 N° 6B-45						LA INDEPENDENCIA						X										3158248281, 3168256817																					
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			
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5				6				7		X		8				9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
								X																						X													
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
ANASWAYUU																				O+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR					Opción																				
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																				
								Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																														
Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																																						
SGP					Hijo de Héroe de la Nación																																						
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia										No Aplica																	
										SI			NO																														
																NO APLICA																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC		TI		CE																																					
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO																									
												Tio(a)								Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :



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



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



OBSERVACIONES :





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





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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT															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		1150939181						11													Masculino				Femenino		X				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
GALLEGO				VARGAS				YINA				MARCELA										Dia		Mes		Año													
31				04				2006																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono														
												Urbana			Rural																								
VIA S/N POSTE 21-14 CASA 2. ZONA RURAL						EL TRIUNFO						X																3173322396, 2426829											
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																										Básica Secundaria				X									
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																							
Subsidiado				Interno				OTRO MODELO				MEDIA				Carácter				Especialidad																			
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista							
								X																								X							
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				O+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión						Certificado									
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No							
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR						Opción															
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia															
								1 2 3 4 5 6 Otro										Adicionales						Hijo madre cabeza de familia															
								X										Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública															
																		SGP						Hijo de Héroe de la Nación															
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica									
										SI										NO																			
																				NO APLICA																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho															



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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																										
Marque con una X segun el caso																NUEVO				CONTINUIDAD																						
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																						
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.												A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																										
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO												SEDE								MUNICIPIO																						
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO												DIOCESANO								.BUENAVENTURA																						
Doc. Docente: 16494407						Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT												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		1115451079						11		VALLE DEL CAUCA				BUENAVENTURA				Masculino	X	Femenino																
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		Fecha Nacimiento														
GIRALDO						FRANCO						JAVIER						ALEJANDRO										Dia	10	Mes	09	Año	2006									
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono																				
						EL BOLIVAR						Urbana		Rural										3125289744																		
												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																	
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																							
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																														
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																								
				X														X																								
SISTEMA DE SALUD																																										
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																								
ANASWAYUU												A+																														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																										
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia	Mes	Año	Si	No														
En situacion de desplazamiento																																										
No aplica																																										
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																										
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso	FNR			Opción																						
																	Nación			Estudiante madre cabeza de familia																						
																	Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																						
								Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																															
								SGP			Hijo de Héroe de la Nación																															
TERRITORIALIDAD																																										
Resguardo al que pertenece								Negritudes								Etnia								No Aplica																		
								SI				NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																										
DISCAPACIDADES																CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo						
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																										
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																										
CC	RC	TI	CE																																							
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco								Acudiente																
																		Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO										
																		Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																										
FIRMAS																																										
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																										
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																		

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																				
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.												A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1115450046						12													Masculino				Femenino		X	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
GÓNGORA				CAICEDO				ANGELINA														Dia		Mes		Año										
18				12				2005																												
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono													
Urbana			Rural																																	
CRA 73 2 SUR-84 NUEVA GRANADA					NUEVA GRANADA					X											3154355858, 317 8449307															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																				
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar										
																										Básica Primaria										
																										Básica Secundaria			X							
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																				
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																		
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10º		11º		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista						
								X																						X						
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado						
ANASWAYUU																				O+																
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No								
En situacion de desplazamiento																																				
No aplica																																				
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																				
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato						Fuente Recurso		FNR					Opción													
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia													
										1 2 3 4 5 6 Otro								Adicionales					Hijo madre cabeza de familia													
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública													
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																				
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica											
										SI NO																										
															NO APLICA																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																				
CC		RC		TI		CE																														
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente											
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																



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



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





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



**OBSERVACIONES :**



**OBSERVACIONES :**

OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :



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



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



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1.193.597.156					14			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
NÚNEZ					VALLEJO					YACIRA																		Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
					SAN ANTONIO					X																3186257296													
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											
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
				X																	X																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR						Opción															
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia															
																		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia															
							Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																										
							SGP						Hijo de Héroe de la Nación																										
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			



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



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



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



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



OBSERVACIONES :



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





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

OBSERVACIONES :

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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DIA		MES		AÑO 2018																										
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1111750306					13			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																	
TORO					OSSA					JUAN					ESTEBAN													Dia		29	Mes		01	Año		2005									
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																						
					EL BOLIVAR					X																3125289744																			
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				
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5					6					7					X	8					9														
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																														
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																							
				X																		X																							
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																				
ANASWAYUU															A+																														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes			Año			Si		No															
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR										Opción																	
																		Nación										Estudiante madre cabeza de familia																	
																		Adicionales										Hijo madre cabeza de familia																	
1							2		3		4		5		6			Otro		Propios										Hijo de veterano de la fuerza pública															
																	SGP										Hijo de Héroe de la Nación																		
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC	RC	TI	CE																																										
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																							
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO															
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																									
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									



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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																											
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1113362372						13													Masculino				Femenino		X												
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																			
VASQUEZ					HERRERA					DANNA					MARCELA													Dia		Mes		Año															
23					02					2004																																					
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																	
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5										7				X		8						9									
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																
								X																							X																
SISTEMA DE SALUD																																															
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																	
ANASWAYUU																				A+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																															
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																						
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No																			
En situacion de desplazamiento																																															
No aplica																																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																															
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato								Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																				Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1								2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																				Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																				SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																															
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica																	
										SI										NO																											
																				NO APLICA																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico																	
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico																	
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo																	
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica																	
INFORMACIÓN FAMILIAR																																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																															
CC		RC		TI		CE																																									
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																						
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO														
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																								
OBSERVACIONES :																																															
FIRMAS																																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1105367409						11													Masculino			Femenino		X							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VÉLEZ					CUERO					SIMONE					FERNANDA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
					CALLE 2A N°12 A-92 EL GUABITO. B/ VIENTO LIBRE					Urbana			Rural												2433868, 316 4139441														
										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				
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5										6				7		X		8				9						
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
				X																							X												
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															AB+																								
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																																		
										X																													
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes						Etnia										No Aplica															
								SI			NO																												
														NO APLICA																									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			



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



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																				
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16494407					Nombre Docente: CASTILLO CASTILLO ROBERT										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		1115449669						12													Masculino		X		Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VIVAS					SÁNCHEZ					CARLOS					ALBERTO													Dia		Mes		Año							
22					10					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 1 N°73 A -25					ALFONSO LOPEZ					X																312 2544785, 3136382529													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																										Básica Secundaria				X									
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																							
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				A+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato								Fuente Recurso		FNR					Opción														
																				Nación					Estudiante madre cabeza de familia														
																				Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
																				Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública														
																				SGP					Hijo de Héroe de la Nación														
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica									
										SI										NO																			
																				NO APLICA																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :

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