

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANGULO | | | | | ZAMORA | | | | | JUAN | | | | | CARLOS | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OBSERVACIONES :



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



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | | | | | | |
| GONZALEZ | | | | | GRUESO | | | | | LAURA | | | | | GISELA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de Residencia | | | | | Barrio / Comunidad | | | | | Zona | | | Departamento de Residencia | | | | | Municipio de Residencia | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Urbana | | | Rural | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN ACADÉMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Último grado cursado | | Año | | Plantel donde estudió la última vez | | | | | Aprobó | | Reprobó | | Desertó | | Grado al que INGRESA (Marque con X) | | | | | | | | Nivel | | Preescolar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Básica Primaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Básica Secundaria | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 31384431

Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

GRIMALDO

VICTORIA

JORGE

LUIS

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

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

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome 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 SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | | | | | | |
| HERRERA | | | | | ZULETA | | | | | SANTIAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | |
| HURTADO | | | | | PORTOCARRERO | | | | | NELSON | | | | | DARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | |
| JORI | | | | | ACOSTA | | | | | BRAYAN | | | | | ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOPEZ | | | | | GOMEZ | | | | | JULIAN | | | | | ANDRES | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 31384431

Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

MANTILLO

IBARGUEN

JEFFRY

ANDRES

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

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

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome 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 SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | |
| MICOLTA | | | | | MURILLO | | | | | CARLOS | | | | | FERNANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 31384431

Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

X

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

MOSQUERA

CARABALI

JEAN

CARLOS

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

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

9

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

10º

11º

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

X

X

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

ANASWAYUU

A+

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

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Opción

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

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome 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

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 SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | |
| MOSQUERA | | | | | PEÑALOZA | | | | | CARLOS | | | | | EMRIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 31384431

Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

RENTERIA

CUERO

BYRON

DUVAN

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

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

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

1

2

3

4

5

6

Otro

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome 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 SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | |
| RENTERIA | | | | | VALENCIA | | | | | WILBER | | | | | ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | 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 | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | | | | | | |
| RIASCOS | | | | | GARCIA | | | | | JHON | | | | | EDINSON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | 10º | | 11º | | Académic | | Técnico | | Comercial | | | Agropecuario | | | Turismo | | Normalista | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | | | | | | |
| RODRÍGUEZ | | | | | ANGULO | | | | | PEDRO | | | | | PABLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



| 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 10 | | Fecha Matricula | | DÍA | | MES | | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | | | | | | | | | | SEDE | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | SIMÓN BOLIVAR | | | | | | | | | | .BUENAVENTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doc. Docente: 31384431 | | | | | Nombre Docente: OLMEDO OLMEDO MARCELINA | | | | | | | | | | N° de Grupo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Identificación (marque con X) | | | | | Número Documento | | | | | Años Cumplidos | | | Departamento de Expedición | | | | | Municipio de Expedición | | | | | Género (marque con X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | | RC | | TI | | CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Masculino | | | | Femenino | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | Segundo Apellido | | | | | Primer Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | Departamento de Nacimiento | | | Municipio de Nacimiento | | | | | Fecha Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dia | | Mes | | Año | | | | | | | | | | | | | |
| VENTE | | | | | MONTAÑO | | | | | LINA | | | | | PAOLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :