

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																		
CC		RC		TI	X	CE		1115450676						11			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X											
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ALEGRIA						MORENO						VALERIA						STEFANY														Dia		Mes		Año							
25						05						2006																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						CASCAJAL						X																3108913782															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																					
																						Básica Primaria																					
											Básica Secundaria				X																												
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																															
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																									
				X														X																									
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																									
ANASWAYUU												A+																															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción																				
																	Nación						Estudiante madre cabeza de familia																				
																	Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																				
								Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																													
								SGP						Hijo de Héroe de la Nación																													
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece								Negritudes								Etnia										No Aplica																	
								SI				NO																															
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																		Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																		
CC		RC		TI	X	CE		1111765661						11			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X											
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ANGULO						CARABALI						DIKSY						YANIR														Dia		Mes		Año							
26						10						2006																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
						BRISAS DEL MAR						X													3216145021																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																					
																						Básica Primaria																					
																						Básica Secundaria				X																	
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																															
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																									
				X														X																									
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
ANASWAYUU																				A+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción																				
																	Nación						Estudiante madre cabeza de familia																				
																	Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																				
												Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																								
																	SGP						Hijo de Héroe de la Nación																				
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes								Etnia										No Aplica															
										SI				NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																					
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO													
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																							
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :



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



OBSERVACIONES :



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho



RECTOR	COORDINADOR	ACUDIENTE	ESTUDIANTE	Indice Derecho

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115755051					12													Masculino	X	Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
GONZALEZ					RODAS					JUAN					MANUEL										Dia	Mes	Año												
05					05					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
PUERTAS DEL MAR										X															3168906308, 2415124														
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0				1				2					3				4				Básica Secundaria		X						
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								5		6		7	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
				X														X																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia	Mes	Año		Si	No														
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR			Opción																		
																		Nación			Estudiante madre cabeza de familia																		
																		Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																		
1							2		3		4		5		6			Otro		Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																
										X															Hijo de Héroe de la Nación														
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI			NO																												
															NO APLICA																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :

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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso																NUEVO				CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.																A que grado ingresa 7		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO												SEDE								MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO												DIOCESANO								.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66745006						Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN												N° de Grupo:																									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos				Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)																			
CC		RC		TI		X		CE		1150935992						12												Masculino		X		Femenino											
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																			
HERRERA				ACEVEDO				FREIDER				ANDRÉS												Dia		Mes		Año															
23				03				2005																																			
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono																					
												Urbana		Rural																													
CRA. 63 NO. 1 SUR 43						NUEVA COLOMBIA						X												3155802187, 3154572059																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																	
																										Básica Primaria																	
																0				1		2				3		4				Básica Secundaria				X							
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista											
								X																								X											
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada												Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																	
ANASWAYUU																		A+																									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión						Certificado													
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR						Opción																			
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia																			
																		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																			
								Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																													
								1																SGP						Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes								Etnia								No Aplica																	
										SI				NO																													
																		NO APLICA																									
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES																CAPACIDADES EXCEPCIONALES																											
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC																														TI		CE									
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco								Acudiente																							
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO													
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																							
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.												A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																		
CC		RC		TI		X		CE		1111740974						14													Masculino		X		Femenino										
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																					
MONTOYA				RIASCOS				ANDRÉS				STIVEN										Dia		Mes		Año																	
14				12				2003																																			
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																							
Urbana		Rural																																									
CRA 66 SM 190 CALLE DON BOSCO						EL TRIUNFO						X										3216977316																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																	
																										Básica Primaria																	
																0			1		2		3			4		Básica Secundaria			X												
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9																	
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																									
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
								X																						X													
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																			
ANASWAYUU																B+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR					Opción																				
								Nación					Estudiante madre cabeza de familia																														
								Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																														
Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																																						
SGP					Hijo de Héroe de la Nación																																						
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia										No Aplica																	
										SI			NO																														
																NO APLICA																											
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC																																TI		CE							
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																		Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			



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 :

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																				
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																				
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)											
CC		RC		TI	X	CE		1114149093						13			VALLE DEL CAUCA					CALI					Masculino		X	Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento								
RAMIREZ					CRUZ					CRISTIAN					DAVID													Dia		Mes	Año					
19					08					2004																										
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono											
						EL TRIUNFO						X											3178556341													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																				
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar														
																						Básica Primaria														
											Básica Secundaria				X																					
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																	
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																		
				X														X																		
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado										
ANASWAYUU																A+																				
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados						X																Dia		Mes	Año		Si	No								
En situacion de desplazamiento																																				
No aplica																																				
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																				
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción													
																	Nación						Estudiante madre cabeza de familia													
																	Adicionales						Hijo madre cabeza de familia													
								Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																						
												SGP						Hijo de Héroe de la Nación																		
TERRITORIALIDAD																																				
Resguardo al que pertenece								Negritudes								Etnia										No Aplica										
								SI				NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																				
CC	RC	TI	CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente											
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																

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 :

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



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



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



OBSERVACIONES :

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 DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																									
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																					
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																					
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																									
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		X		CE		1150934900						11													Masculino				Femenino		X						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento													
SALAZAR					BERMÚDEZ					SARA																		Dia		Mes		Año									
07					04					2006																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
									Urbana			Rural																													
CRA 65 NO. 6A-55					LAS AMERICAS					X																3167267990															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																									
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar															
																										Básica Primaria															
																										Básica Secundaria				X											
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5 6 7 X 8 9																									
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																							
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista									
								X																								X									
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				B+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No													
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato						Fuente Recurso		FNR					Opción																		
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																		
										1 2 3 4 5 6 Otro								Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																		
					1													Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																		
																		SGP					Hijo de Héroe de la Nación																		
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia														No Aplica											
										SI						NO																									
																						NO APLICA																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																									
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO								
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																		
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																							
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																		
CC		RC		TI	X	CE		1113364241						12			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X											
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
SEGURA						GOMEZ						MARLING						DANIELA														Dia		Mes		Año							
25						01						2006																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
												Urbana			Rural																												
CRA 63 NO. 7-145						INDEPENDENCIA						X															3045587450																
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																					
																						Básica Primaria																					
																						Básica Secundaria				X																	
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																
				X																							X																
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																	
ANASWAYUU																A+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN						Nivel SISBEN						Estrato						Fuente Recurso	FNR						Opción																		
																			Nación						Estudiante madre cabeza de familia																		
																			Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																		
												Propios							Hijo de veterano de la fuerza pública																								
												SGP						Hijo de Héroe de la Nación																									
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia										No Aplica																	
										SI			NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																												
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC	RC	TI	CE																																								
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																		Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			



CALLE 3 B N°15-03. APTO 500 CALLE EL TRA

OBSERVACIONES :

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

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																				X													
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1115452930						12													Masculino	X	Femenino				
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento					
VÉLEZ					BERMUDEZ					VICTOR					ANDRÉS													Dia	Mes	Año			
26					01					2006																							
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono								
												Urbana			Rural																		
GRA 13 CALLE 2 N°1-45. B/ VIENTO LIBRE												X																316 5427127, 2422818					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																	
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar											
																						Básica Primaria											
											0				1		2		3			4				Básica Secundaria				X			
6	2017	I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS									5		6		7	X	8		9														
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
				X																	X												
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado															
ANASWAYUU												O+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado									
Hijo de adultos desmovilizados				X																Dia	Mes	Año		Si	No								
En situacion de desplazamiento																																	
No aplica																																	
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																	
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato						Fuente Recurso	FNR						Opción												
															Nación						Estudiante madre cabeza de familia												
								Adicionales							Hijo madre cabeza de familia																		
								X							Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública												
														SGP						Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																	
Resguardo al que pertenece								Negritudes						Etnia										No Aplica									
								SI			NO																						
														NO APLICA																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda								Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico					
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico					
Baja visión diagnosticada								Autismo										No Aplica										Talento subjetivo					
Ceguera								Deficiencia cognitiva																				No aplica					
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente											
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho									

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.												A que grado ingresa 7		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO 2018																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIOCESANO										DIOCESANO										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66745006					Nombre Docente: SINISTERRA SINISTERRA MIRIAN															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)														
CC		RC		TI		X		CE		1111753412						12			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X		Femenino						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VENTE					CARDENAS					JUAN					DIEGO													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
					TRANSFORMACIÓN					X																3188923390													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar													
																										Básica Primaria													
																0				1		2				3		4		Básica Secundaria				X					
6		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS												5		6		7		X		8		9													
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO						MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
								X																							X								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU																				A+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato								Fuente Recurso		FNR					Opción														
																				Nación					Estudiante madre cabeza de familia														
										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																			