



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

LOS GRANADINOS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

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

ARDILA

DELGADO

JONIER

ORLEY

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

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

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
BONILLA					HERNANDEZ					JESSICA																													
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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
CAICEDO					BRAVO					JOSE					LUIS																								
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

LOS GRANADINOS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

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

CAICEDO

IBARGUEN

MARIAM

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

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

Dia

Mes

Año

Si

No

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

1

2

3

4

5

6

Otro

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Hipoacusia-baja audición

Baja visión diagnosticada

Ceguera

Paralisis Cerebral

Lesión neuromuscular

Autismo

Deficiencia cognitiva

Sindrome de Down

Múltiple

No Aplica

No aplica

Talento Científico

Talento tecnológico

Talento subjetivo

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																				
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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								
CASTRO					MOSQUERA					MARINELA																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana			Rural																											
										X																														
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																								
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel		Preescolar													
																											Básica Primaria													
															0												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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SEDE

LOS GRANADINOS

MUNICIPIO

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

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

FRANCO

RENTERIA

IRIS

JOHANA

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

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

Dia

Mes

Año

Si

No

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

1

2

3

4

5

6

Otro

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



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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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					ARAGON					ANNY					VANESSA																								
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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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												
JARAMILLO					RAMIREZ					PAULA					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		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

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
MONTAÑO					CAICEDO					NATHALY					VANESSA																								
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 :

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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												
MURILLO										JHON					EDWIN																													
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						X																	X													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU																				A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA 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

LOS GRANADINOS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

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

ORTIZ

GALLARDO

LUISA

MAYERLIN

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

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

Dia

Mes

Año

Si

No

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

1

2

3

4

5

6

Otro

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Hipoacusia-baja audición

Baja visión diagnosticada

Ceguera

Paralisis Cerebral

Lesión neuromuscular

Autismo

Deficiencia cognitiva

Sindrome de Down

Múltiple

No Aplica

No aplica

Talento Científico

Talento tecnológico

Talento subjetivo

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

LOS GRANADINOS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

N° 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

GONZALEZ

LUIS

FERNANDO

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

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

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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											
RENTERIA					RIASCOS					JACKELINE																		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										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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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																
SALAZAR										DIANA					MAYERLIN													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

LOS GRANADINOS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 38795635

Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY

N° 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

SALAZAR

RIASCOS

CARLOS

DANIEL

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

10°

11°

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

Hipoacusia-baja audición

Baja visión diagnosticada

Ceguera

Paralisis Cerebral

Lesión neuromuscular

Autismo

Deficiencia cognitiva

Sindrome de Down

Múltiple

No Aplica

No aplica

Talento Científico

Talento tecnológico

Talento subjetivo

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 :

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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
TORRES					RIASCOS					LUZCEIDA																													
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																								
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																	
																	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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
VICTORIA					LARGACHA					EDY					ALEXANDER																								
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																	
																	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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																							
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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											
VICTORIA					MICOLTA					GUSTAVO																																	
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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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							
VIDAL					CUERO					JORGE					ENRIQUE																								
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					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										LOS GRANADINOS										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 38795635					Nombre Docente: ANCHICO ANCHICO JUDY															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												
YELA					OBREGON					YUDY					KARINA																													
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																								