

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.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1193591945					14													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
VIVEROS				SANCHEZ				VALENTINA														06		01		2004					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 42 N° 3S - 79					6 DE ENERO					X								3157032024, 3177175445													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																															
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar										
																					Básica Primaria										
																					Básica Secundaria				X						
										0		1		2		3		4													
										5		6		7		8	X	9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado						
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado								
Hijo de adultos desmovilizados																		Día		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																					
													AFRODESCENDIENTE																		
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica						Talento subjetivo														
Ceguera					Deficiencia cognitiva												No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres															
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente									
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO					
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018									
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO												SEDE								MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST												TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249						Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA												N° de Grupo:													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento				Años Cumplidos		Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)											
CC		RC		TI		X		CE		1111749411				13										Masculino				Femenino		X	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		Fecha Nacimiento											
VALLEJO				QUINTERO				KEISY				NATALIA								Dia		Mes		Año							
27				12				2004																							
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad				Zona		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		Teléfono															
Urbana		Rural																													
CALLE 3B N° 13-26						EL FIRME				X						3218747634, 3158490287															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																															
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez				Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)						Nivel		Preescolar									
														0 1 2 3 4								Básica Primaria									
														5 6 7 8 X 9								Básica Secundaria				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			
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado													
												O+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																Dia		Mes		Año		Si		No							
En situacion de desplazamiento																															
No aplica																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																															
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato				Fuente Recurso		FNR				Opción													
														Nación				Estudiante madre cabeza de familia													
								1 2 3 4 5 6 Otro						Adicionales				Hijo madre cabeza de familia													
				1										Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública													
														SGP				Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																															
Resguardo al que pertenece								Negritudes				Etnia								No Aplica											
								SI NO																							
												AFRODESCENDIENTE																			
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																													
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA									
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										Nº de Grupo:														
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1113362857					13											Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento							
																						Día		Mes		Año			
GONGORA				VIVAS				LORNA				IVETTE										22		10		2004			
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono											
										Urbana	Rural																		
CALLE 4 # 63A - 57					LOS PINOS					X								3146962664, 3154111580											
INFORMACIÓN ACADÉMICA																													
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel	Preescolar										
																			Básica Primaria										
																			Básica Secundaria				X						
										0		1		2		3		4											
										5		6		7		8	X	9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																	
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10º	11º	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista											
SISTEMA DE SALUD																													
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado									
															B+														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																													
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado									
Hijo de adultos desmovilizados																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												
							X														SGP			Hijo de Héroe de la Nación					
TERRITORIALIDAD																													
Resguardo al que pertenece							Negritudes					Etnia														No Aplica			
							SI		NO																				
												AFRODESCENDIENTE																	
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																			
Sordera Profunda						Paralisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada						Autismo						No Aplica						Talento subjetivo											
Ceguera						Deficiencia cognitiva												No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																													
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																
CC	RC	TI	CE																										
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente					
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO			
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																													
FIRMAS																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho									

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018							
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1111770643					13													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Dia		Mes		Año							
ANGULO				CAICEDO				MARLEN				YURANY										15		05		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono															
										Urbana		Rural																					
CARRERA 44 N° 5-45					BELLAVISTA					X										2428900, 3166811054													
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																			
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																		
										O+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados					Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado													
Hijo de adultos desmovilizados															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																								
												AFRODESCENDIENTE																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral								Síndrome de Down								Talento Científico												
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular								Múltiple								Talento tecnológico												
Baja visión diagnosticada					Autismo								No Aplica								Talento subjetivo												
Ceguera					Deficiencia cognitiva																No aplica												
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																				
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente									
														Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO	
														Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho													

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1111748063					13													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
MOSQUERA				TORRES				ISABELLA														08		06		2004					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CALLE 2 CARRERA 43 N° 2-10					BELLAVISTA					X								2448513, 3162798997													
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								
										0123456789X									Básica Secundaria				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													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																
										O+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																Día		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																						
												AFRODESCENDIENTE																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica						Talento subjetivo														
Ceguera					Deficiencia cognitiva												No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres															
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente									
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO					
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111738935					14													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ALZATE					ESTUPIÑAN					LINA					JAZMIN													Dia		Mes		Año							
29					01					2004																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 36B # 4A - 11					JUAN XXIII					X																3105286698, 3112363211													
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																		
Subsidiado					Interno					OTRO MODELO					MEDIA					Carácter					Especialidad														
Si		No			Si		No			Nivel I		Nivel II			Aceleración			10°		11°			Académic		Técnico			Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
																				O+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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																								
																				MESTIZO																			
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										Nº de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos		Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)																			
CC		RC		TI	X	CE		1113362249					13										Masculino					Femenino		X									
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																	
																						Dia		Mes		Año													
CASQUETE				PAYAN				ISABELLA														11		06		2004													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono																			
										Urbana	Rural																												
CARRERA 45 N° 1-32					BELLAVISTA					X										3163485479, 2421997																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar															
																								Básica Primaria															
														0					1		2				3		4		Básica Secundaria				X						
								5		6		7		8	X	9																							
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																
															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																				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																			
												X				SGP				Hijo de Héroe de la Nación																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente															
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)				SI		NO												
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO						CONTINUIDAD																		
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8			Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018												
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCACIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente:					66735249					Nombre Docente:					CORDOBA CORDOBA CLARA					N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111740058					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Dia		Mes		Año													
MOSQUERA				CASTILLO				DIANA				MARCELA										18		03		2004													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana	Rural																												
CARRERA 46 N° 6S - 37					OLIMPICO					X								2449883, 3167597773																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria				X														
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10º	11º	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																								
										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																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																												
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la																																							

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111742738					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
OBANDO					RENTERIA					KAROL					TATIANA													Dia		Mes		Año							
27					03					2004																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 21 DG 3 S N° 1-60					EL JORGE					X																3183465272, 3216549068													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
										Básica Primaria																													
										Básica Secundaria											X																		
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
															B+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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																		
1		X																																					
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia										No Aplica														
										SI																				NO									
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018										
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1105362289					13													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Día		Mes		Año							
TENORIO				RODRIGUEZ				MARIANA														26		10		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																						
MANZANA 4 CASA 39					CIUADELA COLPUERTO					X										2444917, 3183816978													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																	
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar												
																					Básica Primaria												
																					Básica Secundaria				X								
										0		1		2		3		4															
										5		6		7		8	X	9															
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																			
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario			Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado								
															B+																		
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados																		Día		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																						
															AFRODESCENDIENTE																		
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral									Síndrome de Down									Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular									Múltiple									Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada								Autismo									No Aplica									Talento subjetivo							
Ceguera								Deficiencia cognitiva																		No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco															Acudiente						
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho													

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																					
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																	
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																					
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																	
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																					
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)														
CC		RC		TI	X	CE		1115448328					13													Masculino			Femenino		X						
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento															
																						Día		Mes		Año											
CELORIO				VALENCIA				GLORIA				ISABELA										18		08		2004											
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono															
										Urbana		Rural																									
CARRERA 67 CALLE 9A N° 67B - 22					SIMON BOLIVAR					X														2425697, 3158574872													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																					
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																
																					Básica Primaria																
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria	
5					6					7					8					X					9												
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																							
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																
				X																	X																
SISTEMA DE SALUD																																					
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado												
ANASWAYUU															O+																						
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																					
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados				X														Día		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																											
													AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																					
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																						
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada								Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera								Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																					
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																					
CC	RC	TI	CE																																		
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente													
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
												Tío(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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																												
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA		MES			AÑO 2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA															N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI	X	CE		1111749265					13													Masculino			Femenino		X													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
GRANJA					VALENCIA					DAILING					MANUELA													Dia		Mes		Año												
25					10					2004																																		
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
									Urbana			Rural																																
CRA 42 NO. 2S - 62					BELLAVISTA					X																3174202205,																		
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																		
Subsidiado					Interno					OTRO MODELO					MEDIA					Carácter					Especialidad																			
Si		No			Si		No			Nivel I		Nivel II			Aceleración			10°		11°			Académic		Técnico			Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista							
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
																				B+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				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																													
																				AFRODESCENDIENTE																								
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO														SEDE								MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST														TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								.BUENAVENTURA													
Doc. Docente:				66735249				Nombre Docente:				CORDOBA CORDOBA CLARA								N° de Grupo:															
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																			
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos				Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)											
CC		RC		TI		X		CE		1111739256						13												Masculino				Femenino		X	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento											
DIAZ				VALENCIA				VALENTINA																Dia		Mes		Año							
12				03				2004																											
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono													
												Urbana		Rural																					
CARRERA 57 N° 75-64						ANTONIO NARIÑO						X												3156146304, 3168095598											
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									
														5		6		7		8		X		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista			
SISTEMA DE SALUD																																			
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																	
												O+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																			
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No							
En situacion de desplazamiento																																			
No aplica																																			
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																			
Nro. Carnet SISBEN				Nivel SISBEN				Estrato								Fuente Recurso		FNR				Opción													
																		Nación				Estudiante madre cabeza de familia													
								1		2		3		4		5		6		Otro		Adicionales				Hijo madre cabeza de familia									
								1		X												Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública									
								1		X												SGP				Hijo de Héroe de la Nación									
TERRITORIALIDAD																																			
Resguardo al que pertenece								Negritudes								Etnia								No Aplica											
								SI				NO																							
																AFRODESCENDIENTE																			
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115449370					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
MEDINA					ALOMIA					NATALIA																		Dia		Mes		Año							
MEDINA					ALOMIA					NATALIA																		02		11		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 45 N° 2 - 25					BELLAVISTA					X																3152442436, 3153613928													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
															B+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
											X									Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública														
																					SGP					Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes							Etnia										No Aplica												
										SI																				NO									
																	AFRODESCENDIENTE																						
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																				
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																				
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																										
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																				
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)													
CC		RC		TI	X	CE		1111741674					13													Masculino		X	Femenino							
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																						Día		Mes		Año										
MANTILLA				VENTE				JOAN				DANIEL										12		05		2004										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono														
										Urbana		Rural																								
CARRERA 39 A N° 1-28					EUCARISTICO					X														3152872067, 3183204689												
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																						
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																							
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
															O+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																				Día		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																										
													AFRODESCENDIENTE																							
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																				
CC	RC	TI	CE																																	
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente														
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA															Nº de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111739685					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Día		Mes		Año							
BANGUERA					PANAMEÑO					BRITNEY					TAMARA													26		03		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana	Rural																												
CARRERA 21 Nº 5-98					EL JORGE					X												315588995, 3206406746																	
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria					X													
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado			Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																								
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10º	11º	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
															B+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Día		Mes		Año			Si	No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato							Fuente Recurso	FNR				Opción																					
														Nación				Estudiante madre cabeza de familia																					
1 2 3 4 5 6 Otro							Adicionales				Hijo madre cabeza de familia																												
X							Propios				Hijo de veterano de la fuerza pública																												
							SGP				Hijo de Héroe de la Nación																												
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia															No Aplica											
								SI		NO																													
													AFRODESCENDIENTE																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente															
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO													
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018										
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1111740160					13													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Dia		Mes		Año							
SOLIS				VALVERDE				KELLY				DAYANA										10		04		2004							
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono											
												Urbana	Rural																				
CARRERA 57 N° 4B - 08						CASCAJAL						X										3187095908, 3172169224											
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																	
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez						Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar											
																						Básica Primaria											
											0						1		2			3		4		Básica Secundaria					X		
									5		6		7		8	X	9																
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																			
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial		Agropecuario			Turismo			Normalista							
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado							
																B+																	
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión					Certificado								
Hijo de adultos desmovilizados																				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																							
			2											SGP				Hijo de Héroe de la Nación															
TERRITORIALIDAD																																	
Resguardo al que pertenece								Negritudes						Etnia														No Aplica					
								SI			NO																						
														AFRODESCENDIENTE																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda						Parálisis Cerebral										Síndrome de Down						Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular										Múltiple						Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada						Autismo										No Aplica						Talento subjetivo											
Ceguera						Deficiencia cognitiva																No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente									
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO							
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)															
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho									

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1111751283					13													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
CUERO				RENTERIA				ODALIS				YINETH										12		09		2004					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CALLE AURORA N° 3A-01					CENTENARIO					X								2423491, 3163639674													
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								
										0123456789X									Básica Secundaria				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													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																
										B+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																Día		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													
123456Otro							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																						
												AFRODESCENDIENTE																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica						Talento subjetivo														
Ceguera					Deficiencia cognitiva												No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres															
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente									
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO					
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115449159					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
RODRIGUEZ					PANTOJA					KAROLD					JISELLA													Dia		Mes		Año							
24					01					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 61 C N° 20-04					12 DE ABRIL					X																3006166682, 2422937													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
										Básica Primaria																													
										Básica Secundaria											X																		
										0				1				2				3				4													
										5				6				7				8		X		9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																								
Si		No		Si		No			Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista							
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
																				O+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción																
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia																
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
X																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes							Etnia										No Aplica												
										SI			NO																										
																	AFRODESCENDIENTE																						
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018							
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA															N° de Grupo:													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1111750422					12													Masculino		X	Femenino				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Dia		Mes		Año							
DAJOME				CASTILLO				VICTOR				ALEJANDRO										18		04		2005							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono															
								Urbana		Rural																							
CARRERA 47 # 47D - 58					BELLAVISTA					X										2427614, 3163857391													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																	
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar												
																					Básica Primaria												
										0				1		2		3			4				Básica Secundaria				X				
5				6		7		8		X		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado													
															B+																		
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado													
Hijo de adultos desmovilizados																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																								
												AFRODESCENDIENTE																					
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111753546					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
GARCES					ALVEAR					KAROL					DAYANA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 47 CALLE 2A N° 19A-12					EL ORIENTE					X																3186051993, 2411760													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria			X															
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
															O+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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																												
															AFRODESCENDIENTE																								
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1136999032					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CALDERON					OROZCO					MARIANA																		Dia		Mes		Año							
17					07					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 55C N° 3-32					LOS LAURELES					X																3147401013, 3146728848													
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																		
Subsidiado					Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																				
Si		No			Si		No			Nivel I		Nivel II			Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista				
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
																				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																				Dia		Mes			Año			Si		No									
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato										Fuente Recurso	FNR					Opción													
																					Nación					Estudiante madre cabeza de familia													
										1 2 3 4 5 6 Otro											Adicionales					Hijo madre cabeza de familia													
										X											Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública													
																					SGP					Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica									
										SI					NO																								
																				MESTIZO																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre					Padre					Abuelo(a)					Hermano(a)					SI		NO		
															Tio(a)					Hijo(a)					Otro (cual)														
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115448550					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Dia		Mes		Año													
CASTRO				PUERTAS				ANGY				LORENA										26		08		2004													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana		Rural																											
CARRERA 42 N° 5-30					BELLAVISTA					X														3147522928, 2403791															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0					1						2					3					4					Básica Secundaria			
5					6					7					8					X					9														
Subsidiado			Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																								
Si	No		Si	No		Nivel I	Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic	Técnico		Comercial			Agropecuario					Turismo			Normalista									
						X																								X									
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato								Fuente Recurso	FNR						Opción																		
															Nación						Estudiante madre cabeza de familia																		
						Adicionales						Hijo madre cabeza de familia																											
						Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																											
			1											SGP						Hijo de Héroe de la Nación																			
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia												No Aplica														
								SI																						NO									
													AFRODESCENDIENTE																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco												Acudiente															
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																			
Marque con una X segun el caso														NUEVO				CONTINUIDAD																	
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																			
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO												SEDE								MUNICIPIO															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST												TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS								.BUENAVENTURA															
Doc. Docente: 66735249						Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA												N° de Grupo:																	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																			
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos				Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)											
CC		RC		TI		X		CE		1112040109						13												Masculino		X		Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento											
CASTRO				SUAREZ				DAHIANA				ANDREA												Dia		Mes		Año							
17				01				2005																											
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono													
												Urbana		Rural																					
CALLE 11 N° 57A - 21						12 DE ABRIL						X												3103659421, 3165044966											
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									
														5		6		7		8		X		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista			
SISTEMA DE SALUD																																			
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada												Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado									
																		AB+																	
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																			
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado							
Hijo de adultos desmovilizados																								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																					
																		AFRODESCENDIENTE																	
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1115450675					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
LOPEZ					MOSQUERA					BRENDA					GICEL													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 55A # 7C - 02					12 DE ABRIL					X																3178178466, 3185657223													
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																
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
															B+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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							X					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																												
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018															
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1115448812					12													Masculino		X	Femenino				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Día		Mes		Año							
GOMEZ				ZUÑIGA				MANUEL				JOSE										04		02		2005							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono											
										Urbana		Rural																					
CARRERA 47 N° 47 - 40					CRISTAL					X														3166951276,									
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																			
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																				
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
				X														X															
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado								
ANASWAYUU															O+																		
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados				X														Día		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																								
												AFRODESCENDIENTE																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico					
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico					
Baja visión diagnosticada								Autismo										No Aplica										Talento subjetivo					
Ceguera								Deficiencia cognitiva																				No aplica					
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente											
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho													

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																											
Marque con una X segun el caso														NUEVO				CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o línea base.																																											
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.														A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																											
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO														SEDE								MUNICIPIO																					
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS														.BUENAVENTURA																													
Doc. Docente:				66735249				Nombre Docente:				CORDOBA CORDOBA CLARA				N° de Grupo:																											
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																											
Tipo Identificación (marque con X)						Número Documento						Años Cumplidos				Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)																			
CC		RC		TI		X		CE		1115449173						13												Masculino		X		Femenino											
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre						Segundo Nombre						Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento											
CHALA						NUÑEZ						CESAR						DAVID														Dia		Mes		Año							
03						12						2004																															
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona				Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono																			
												Urbana				Rural																											
CARRERA 57 N° 9-21						12 DE ABRIL						X																3188593267, 3155278436															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																											
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez						Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																	
																										Básica Primaria																	
																0				1						2				3				4				Básica Secundaria				X	
														5		6		7		8		X		9																			
Subsidiado				Interno				OTRO MODELO						MEDIA				Carácter				Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración				10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista									
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado								IPS Asignada								Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado																			
																B+																											
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados																								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																															
																AFRODESCENDIENTE																											
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA		MES			AÑO 2018														
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1126584937					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CAICEDO					SANCHEZ					LUISA					MARIA													Dia		Mes		Año							
18					09					2004																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 5B N° 41C - 62					MA EUGENIA					X																3103914210, 3178567254													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
										Básica Primaria																													
										Básica Secundaria											X																		
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
															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																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR								Opción													
																		Nación								Estudiante madre cabeza de familia													
1							2		3		4		5		6			Otro		Adicionales								Hijo madre cabeza de familia											
							X											Propios								Hijo de veterano de la fuerza pública													
																		SGP								Hijo de Héroe de la Nación													
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes							Etnia										No Aplica														
								SI				NO																											
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD												
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA												
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)									
CC		RC		TI	X	CE		1111753267					12													Masculino		X	Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
																						Día		Mes		Año						
CAICEDO				SANCLEMENTE				WILLIAM				ESTEBAN										26		05		2005						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono														
										Urbana	Rural																					
CARRERA 66C # 8 - 19					SIMON BOLIVAR					X								3154278797, 3177722052														
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar											
																					Básica Primaria											
										Básica Secundaria				X																		
										0		1		2		3		4														
										5		6		7		8	X	9														
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																			
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista														
SISTEMA DE SALUD																																
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																	
										O+																						
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																
Desvinculados de grupos armados						Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																Día		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																							
												AFRODESCENDIENTE																				
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																	
Sordera Profunda						Parálisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada						Autismo						No Aplica						Talento subjetivo														
Ceguera						Deficiencia cognitiva												No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																			
CC	RC	TI	CE																													
Dirección				Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente								
														Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO				
														Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)												
OBSERVACIONES :																																
FIRMAS																																
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho												

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018							
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1111540280					13													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Día		Mes		Año							
GOMEZ				GONZALEZ				DANIELA														06		11		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono											
										Urbana		Rural																					
CARRERA 64 N° 4 - 40 PANAMERICANO					PANAMERICANO					X														3014606408, 2427423									
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																			
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado								
															O+																		
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado										
Hijo de adultos desmovilizados																		Día		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																								
												MESTIZO																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico					
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico					
Baja visión diagnosticada								Autismo										No Aplica										Talento subjetivo					
Ceguera								Deficiencia cognitiva																				No aplica					
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente											
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR				COORDINADOR				ACUDIENTE				ESTUDIANTE				Indice Derecho																	

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1111746306					13													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
CUNDUMI				VIVEROS				KENNY				STEFANY										29		10		2004					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 28 N° 6 - 50					LA INMACULADA					X								3167248516, 3127908008													
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								
										012345678X9									Básica Secundaria				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														X													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado								
ANASWAYUU															O+																
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados				X												Día		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														
123456Otro							Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																					
X							Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																					
							SGP			Hijo de Héroe de la Nación																					
TERRITORIALIDAD																															
Resguardo al que pertenece							Negritudes					Etnia										No Aplica									
							SI		NO																						
												AFRODESCENDIENTE																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down					Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple					Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica					Talento subjetivo															
Ceguera					Deficiencia cognitiva											No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																		
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente							
														Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO			
														Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1110364747					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CAMPАЗ					PORRO					ALESAYLA					ANDREA													Dia		Mes		Año							
27					09					2004																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 7B N° 56-26					MANGLARES					X																2440027, 3166027442													
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													
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
															O+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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																											
															AFRODESCENDIENTE																								
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1007976644					14													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
PRADO					CORTES					DIANA					FELISA													Dia		Mes		Año							
PRADO					CORTES					DIANA					FELISA													02		12		2003							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 57S POSTE 105					CASCAJAL					X																3153896873													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria		X																
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																			
															O+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				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																											
															AFRODESCENDIENTE																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1113363017					12													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Dia	Mes	Año							
ANGULO				ANGULO				SOLANYI														15	04	2005							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 79 CALLE 4 # 76 - 85					UNION DE VIVIENDA					X								3128855747, 3154529547													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																															
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel	Preescolar												
																			Básica Primaria												
										0		1		2		3			4		Básica Secundaria			X							
										5		6		7		8	X	9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado																
										O+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados					Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados															Dia	Mes	Año		Si	No											
En situacion de desplazamiento																															
No aplica																															
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																															
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato							Fuente Recurso	FNR			Opción														
														Nación			Estudiante madre cabeza de familia														
1 2 3 4 5 6 Otro							Adicionales			Hijo madre cabeza de familia																					
X							Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública																					
										SGP			Hijo de Héroe de la Nación																		
TERRITORIALIDAD																															
Resguardo al que pertenece							Negritudes					Etnia										No Aplica									
							SI		NO																						
												AFRODESCENDIENTE																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral							Síndrome de Down							Talento Científico												
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular							Múltiple							Talento tecnológico												
Baja visión diagnosticada					Autismo							No Aplica							Talento subjetivo												
Ceguera					Deficiencia cognitiva														No aplica												
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																		
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente							
														Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI	NO				
														Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																															
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD											
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																															
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																															
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1111739775					13													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
RIASCOS				PAREDES				ANDRES				MAURICIO										05		03		2004					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CALLE 7S N° 57 - 09					ANTONIO NARIÑO					X								3184867293, 3207740788													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																															
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar										
																					Básica Primaria										
																					Básica Secundaria				X						
										0		1		2		3		4													
										5		6		7		8	X	9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
SISTEMA DE SALUD																															
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado						
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																															
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado								
Hijo de adultos desmovilizados																		Día		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																			
																AFRODESCENDIENTE															
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																															
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																
Sordera Profunda						Parálisis Cerebral						Síndrome de Down						Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición						Lesión neuromuscular						Múltiple						Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada						Autismo						No Aplica						Talento subjetivo													
Ceguera						Deficiencia cognitiva												No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																															
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres															
CC	RC	TI	CE																												
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente									
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO					
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																															
FIRMAS																															
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																															
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho											

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																	
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD													
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																	
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018							
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA													
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																	
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)										
CC		RC		TI	X	CE		1193127632					14													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Día		Mes		Año							
MONTENEGRO				MINA				ROSA				CELENY										22		04		2003							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono															
					EL JORGE					Urbana	Rural							3173141233, 2418875															
										X																							
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																	
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar												
																					Básica Primaria												
										Básica Secundaria				X																			
0		1		2		3		4		5		6		7		8	X	9															
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
SISTEMA DE SALUD																																	
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado													
										B+																							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																	
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado													
Hijo de adultos desmovilizados																Día		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																								
												AFRODESCENDIENTE																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																	
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																		
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral								Síndrome de Down								Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular								Múltiple								Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada								Autismo								No Aplica								Talento subjetivo									
Ceguera								Deficiencia cognitiva																No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																	
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																	
CC	RC	TI	CE																														
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente											
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
												Tío(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																	
FIRMAS																																	
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																	
RECTOR				COORDINADOR				ACUDIENTE				ESTUDIANTE				Indice Derecho																	

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																													
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA									
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:														
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1111771918					12											Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento					
																								Día		Mes		Año	
ANGULO				MOSQUERA				KENDRA				GIJONSY												19		07		2005	
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono									
					EL JORGE					Urbana	Rural									3154066175									
										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						
										012345678X9									Básica Secundaria				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											
SISTEMA DE SALUD																													
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada					Tipo de sangre y RH					ARS Afiliado														
										O+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																													
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor				Municipio Expulsor				Fecha de Expulsión				Certificado									
Hijo de adultos desmovilizados																Día		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												
123456Otro							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																				
												AFRODESCENDIENTE																	
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
DISCAPACIDADES										CAPACIDADES EXCEPCIONALES																			
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down					Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple					Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica					Talento subjetivo													
Ceguera					Deficiencia cognitiva											No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres													
CC	RC	TI	CE																										
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente							
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI		NO			
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																													
FIRMAS																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho									

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																		
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD														
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																		
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018								
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																		
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA														
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																		
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)											
CC		RC		TI	X	CE		1111745579					13													Masculino		X	Femenino					
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento												
																						Día		Mes		Año								
OLAYA				POSADA				JORGE				LUIS										09		08		2004								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono												
					LA INDEPENDENCIA					Urbana		Rural												3174040243, 3225689736										
										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																				
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter			Especialidad																				
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista													
				X																	X													
SISTEMA DE SALUD																																		
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
ANASWAYUU															A+																			
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																		
Desvinculados de grupos armados								Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados				X														Día		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																								
													MESTIZO																					
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																		
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																			
Sordera Profunda								Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición								Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada								Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera								Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																		
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																		
CC	RC	TI	CE																															
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente												
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO				
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)														
OBSERVACIONES :																																		
FIRMAS																																		
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																		
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho														

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		X	CE		1111749946					12													Masculino				Femenino		X						
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VASQUEZ					MOYAN					VALENTINA																		Dia		Mes		Año							
17					03					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
N° 8A - 26					EL JORGE					X															3207568971, 2413481														
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
															0										Básica Primaria														
															5										Básica Secundaria				X										
															6																								
															7										X				9										
															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				
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
																				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																				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																								
															MESTIZO																								
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 NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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.																																				
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																				
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS INST										TUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																				
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)													
CC		RC		TI		X		CE		1111747355					13													Masculino				Femenino		X		
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento								
MONTAÑO					FRANCO					ANGEE					MICHEL													Dia		Mes		Año				
17					10					2004																										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono													
			Urbana			Rural																														
CALLE 2 CARRERA 57 N° 57- 12					CASCAJAL					X																3177354212, 2400471										
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					
															5		6		7		8		X		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																					
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista					
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado						
																				O+																
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados																				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																					
																				AFRODESCENDIENTE																
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																				
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																					
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico						
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico						
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo						
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica						
INFORMACIÓN FAMILIAR																																				
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																				
CC		RC		TI		CE																														
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente											
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO			
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)													
OBSERVACIONES :																																				
FIRMAS																																				
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																				
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1113363462					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Día		Mes		Año													
RODRIGUEZ				VALLECILLA				MEILY														10		08		2005													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
					CRISTOBAL COLON					Urbana	Rural							3172156637, 3213671087																					
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
												Básica Secundaria				X																							
		0		1		2					3		4		5		6		7			8	X	9															
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración	10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																						
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
															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																				Día		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																											
																AFRODESCENDIENTE																							
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																													
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA									
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:														
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición				Municipio de Expedición				Género (marque con X)								
CC		RC		TI	X	CE		1115450490					12											Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento							
																						Dia		Mes		Año			
LERMA				RODRIGUEZ				LUNA				DEL MAR										11		08		2005			
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono									
										Urbana	Rural																		
CALLE 6 N° 19D - 90					EL JORGE					X										3187792826, 3176611162									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																													
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel	Preescolar										
																			Básica Primaria										
										0					1		2			3		4		Básica Secundaria				X	
										5		6		7		8	X	9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista											
SISTEMA DE SALUD																													
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH								ARS Afiliado						
															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																		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																				
												MESTIZO																	
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES														
Sordera Profunda					Parálisis Cerebral						Síndrome de Down					Talento Científico													
Hipoacusia-baja audición					Lesión neuromuscular						Múltiple					Talento tecnológico													
Baja visión diagnosticada					Autismo						No Aplica					Talento subjetivo													
Ceguera					Deficiencia cognitiva											No aplica													
INFORMACIÓN FAMILIAR																													
Tipo Documento				Número documento			Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																
CC	RC	TI	CE																										
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente							
												Madre			Padre			Abuelo(a)			Hermano(a)			SI	NO				
												Tio(a)			Hijo(a)			Otro (cual)											
OBSERVACIONES :																													
FIRMAS																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho									

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI	X	CE		1111743145					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Día		Mes		Año													
ALFONSO				MINOTTA				GLORIA				STEFANI										01		04		2004													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana	Rural																												
CL 17 N° 3-33					EL FIRME					X								3122741100, 2429905																					
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
																					Básica Secundaria				X														
										0		1		2		3		4																					
										5		6		7		8	X	9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
															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																				Día		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																												
															MESTIZO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de																																							

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.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO 2018																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										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		1115449120					12			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino				Femenino		X							
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Dia		Mes		Año													
DIAZ				RIASCOS				ANA				ALEXANDRA										09		07		2005													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana																			Rural										
CRA 43A N° 43A-66					MIRAFLORES					X														3154554940															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										0				1		2		3			4		Básica Secundaria		X														
5				6		7		8		X		9																											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista									
								X										X												X									
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN			Nivel SISBEN			Estrato								Fuente Recurso	FNR					Opción																			
															Nación					Estudiante madre cabeza de familia																			
						Adicionales					Hijo madre cabeza de familia																												
						Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																												
SGP					Hijo de Héroe de la Nación																																		
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece								Negritudes					Etnia										No Aplica																
								SI		NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																							
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 8		Fecha Matricula			DIA			MES			AÑO 2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 66735249					Nombre Docente: CORDOBA CORDOBA CLARA										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		1111747337					13			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Día		Mes		Año													
GARCIA				ASPRILLA				JOSE				FELIX										09		03		2004													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana		Rural																											
CRA 34B CLL 2A N° 1-20					SAN FRANCISCO					X														3114193295															
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar																		
																					Básica Primaria																		
										Básica Secundaria				X																									
										0		1		2		3		4		5		6		7		8	X	9											
Subsidiado			Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																									
Si	No		Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																
					X							X											X																
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Día		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										Parálisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC	RC	TI	CE																																				
Dirección				Teléfono residencia				Teléfono trabajo				Parentesco										Acudiente																	
												Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
												Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																			
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			