

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ANGULO					ANGULO					KATERINE																		Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
															X																								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																													
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																									
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																									
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																						
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																									
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR															N° de Grupo:																									
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																													
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																						
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino															
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																	
																												Dia		Mes		Año													
ASPRILLA					GARCES					KEVIN					DANIEL																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																						
										Urbana			Rural																																
										X																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																													
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																				
																									Básica Primaria																				
																									Básica Secundaria				X																
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																						
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																												
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista														
															X																														
SISTEMA DE SALUD																																													
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																													
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																				
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																	
En situacion de desplazamiento																																													
No aplica																																													
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																													
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																							
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																							
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia										
																															Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública									
																													SGP					Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																													
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica															
										SI					NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																													
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																														
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico															
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico															
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo															
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica															
INFORMACIÓN FAMILIAR																																													
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																													
CC		RC		TI		CE																																							
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																				
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO												
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																						
OBSERVACIONES :																																													
FIRMAS																																													
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																													
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																									

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
ASPRILLA					RIASCOS					ANDRES					FELIPE																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7						9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
															X																								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		CE																	Masculino				Femenino																	
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
AUDIVERT					POTES					SUSAN					JOHANA																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria				X															
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
															X																													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No															
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 16707119

Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

CUAMA

VALLECILLA

YOHANY

JAVIER

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10°

11°

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

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

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
DIAZ										KEVIN					ALEXANDER													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
															X																								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																								
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
ESTUPIÑAN					MONTAÑO					REGGIE																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7						9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
															X																								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																												Propios			Hijo de veterano de la fuerza pública								
																										SGP			Hijo de Héroe de la Nación										
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

OBSERVACIONES :



OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 16707119

Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

MONTAÑO

GAMBOA

MANUEL

ENRIQUE

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10º

11º

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

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

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 16707119

Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR

Nº de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

RIASCOS

GAMBOA

YIMINSON

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10º

11º

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

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

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																							
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																			
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																			
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR															N° de Grupo:																			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																							
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
																												Dia		Mes		Año							
RIASCOS					GRANJA					STEICY					BRIYITH																								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
										X																													
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																							
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar														
																									Básica Primaria														
																									Básica Secundaria				X										
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista								
															X																								
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado									
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																	
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																	
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales			Hijo madre cabeza de familia						
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica									
										SI					NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																			
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
RIASCOS					OROBIO					KEVIN					DAVID																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria				X															
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5		6		7		8		9																					
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
															X																													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																								
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



OBSERVACIONES :

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES

Marque con una X segun el caso

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

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

NUEVO

A que grado ingresa
10

CONTINUIDAD

X

MES

AÑO
2019

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR

SIMÓN BOLIVAR

.BUENAVENTURA

Doc. Docente: 16707119

Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR

N° de Grupo:

Tipo Identificación (marque con X)

Número Documento

Años Cumplidos

Departamento de Expedición

Municipio de Expedición

Género (marque con X)

CC

RC

TI

CE

Masculino

Femenino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

SINISTERRA

MONDRAGON

CARMEN

YADIRA

Dia

Mes

Año

Dirección de Residencia

Barrio / Comunidad

Zona

Departamento de Residencia

Municipio de Residencia

Teléfono

Urbana

Rural

X

Último grado cursado

Año

Plantel donde estudió la última vez

Aprobó

Reprobó

Desertó

Grado al que INGRESA (Marque con X)

Nivel

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

9

2017

I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

5

6

7

8

9

X

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10°

11°

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

EPS a la cual está afiliado

IPS Asignada

Tipo de sangre y RH

ARS Afiliado

PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

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

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho

OBSERVACIONES :

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR



FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																												
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																								
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																				X																								
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.															A que grado ingresa 10		Fecha Matricula		DÍA		MES		AÑO 2019																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																												
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																								
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLIVAR										SIMÓN BOLIVAR										.BUENAVENTURA																								
Doc. Docente: 16707119					Nombre Docente: ALBORNOZ ALBORNOZ HECTOR										N° de Grupo:																													
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																												
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)																					
CC		RC		TI		CE																				Masculino				Femenino														
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
																												Dia		Mes		Año												
SOLIS					PINILLO					KAREN					YARITZA																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
										X																																		
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																												
Último grado cursado		Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó		Reprobó		Desertó		Grado al que INGRESA (Marque con X)								Nivel		Preescolar																			
																									Básica Primaria																			
																									Básica Secundaria				X															
9		2017		I. E. NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS											5										7						9													
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																											
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo		Normalista													
															X																													
SISTEMA DE SALUD																																												
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																												
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																			
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No																
En situacion de desplazamiento																																												
No aplica																																												
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																												
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato					Fuente Recurso		FNR					Opción																						
																	Nación					Estudiante madre cabeza de familia																						
										1					2		3		4		5		6		Otro					Adicionales					Hijo madre cabeza de familia									
																	Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública																						
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación																						
TERRITORIALIDAD																																												
Resguardo al que pertenece										Negritudes					Etnia															No Aplica														
										SI					NO																													
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																												
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico														
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico														
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo														
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica														
INFORMACIÓN FAMILIAR																																												
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																												
CC		RC		TI		CE																																						
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																			
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO											
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																					
OBSERVACIONES :																																												
FIRMAS																																												
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																												
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																								



OBSERVACIONES :