

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 7		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:				40437527				Nombre Docente:				MOSQUERA MOSQUERA SANDRA								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		1111748872						12												Masculino		X		Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento											
CACERES				VALDES				ALFREDO																Dia		Mes		Año							
																								02		02		2005							
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono													
												Urbana		Rural																					
DIAGONAL 1SUR NO.47D-68						CRISTAL						X												3182409717,											
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		X		8		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA				Carácter				Especialidad																	
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario		Turismo		Normalista					
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																			

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1113363748					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ESTUPIÑAN					MICOLTA					LUZ					ADRIANA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 1A N°53 - 78					TRANSFORMACION					X															3178860173, 3178229751														
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
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																											
															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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1111763073					12													Masculino				Femenino		X					
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
VALENCIA					GAMBOA					YISLEY					NATHALIA													Dia		Mes		Año							
10					07					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
									Urbana			Rural																											
CARRERA 52 CALLE 1B N° 1-40					TRANSFORMACION					X																3173228365													
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		X		8				9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista							
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															
										1		2		3		4			5		6		Otro		Nación					Estudiante madre cabeza de familia									
										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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO											
										7								2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA									
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:					MOSQUERA MOSQUERA SANDRA					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		1111750498					12											Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento							
																						Dia	Mes	Año					
OROZCO				LIZALDA				KATERIN				ANDREA										17	04	2005					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono											
										Urbana	Rural																		
CARRERA 42 N° 3-39					BELLAVISTA					X								3113133975, 3146599594											
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	X	8		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista											
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												
								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					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														

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111755338					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Día		Mes		Año													
TORRES				GARCIA				KAREN				MICHELL										20		09		2005													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																					
										Urbana	Rural																												
CALLE 6 N° 42 - 18					ROCKEFELLER					X								3225797252, 2432140																					
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
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 Educat																																							

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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO																					
										7								2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:					MOSQUERA MOSQUERA SANDRA					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				1115451209					11								Masculino		X		Femenino						
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento																	
																						Día		Mes		Año													
GONGORA				PUERTAS				ELIAN				DANIEL										02		11		2006													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
					CIUDELA COLPUERTO					Urbana		Rural												3157930584, 2403791															
										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		X		8				9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363169					12													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
RIASCOS				ARANGO				VALENTINA														27		07		2005					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 8A DIAGONAL 4B N° 7A - 49					EL JORGE					X								3163551947, 2418681													
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	X	8		9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
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 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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1115448821					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CASTRO					ROJAS					DANA					ISABELLA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
TRANSV. 60A N° 7 - 29					LA INDEPENDENCIA					X																3108919115, 2432332													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
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																												
															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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111765061					12													Masculino			Femenino		X					
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																						Día		Mes		Año										
MONTAÑO				RODRIGUEZ				JAHAIRA														22		07		2005										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono														
										Urbana	Rural																									
CALLE 1A N° 1 - 13					TRANSFORMACION					X												3146562812, 3128459595														
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	X	8		9																		
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																							
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																		
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																

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 7		Fecha Matricula		DÍA		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1111759224					11													Masculino			Femenino		X																
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																			
MURILLO					PEREZ					STEPHANY					SHANELLY													Dia		Mes		Año															
18					05					2006																																					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																								
										Urbana			Rural																																		
CALLE 2 CARRERA 19 N° 19A - 04										X																3163303326, 2434321																					
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											
										5											6					7					X					8					9						
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																																	
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II			Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial					Agropecuario					Turismo					Normalista												
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																
										1											2		3		4		5		6		Otro		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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363643					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
PANIAGUA					OBREGON					XIMENA																		Dia		Mes		Año							
PANIAGUA					OBREGON					XIMENA																		17		01		2006							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 5ª N° 38B - 4					14 DE JULIO					X															3152894963, 2429036														
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111752133					12													Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
MOSQUERA					ARROYO					JULIAN					DAVID													Dia		25	Mes		06	Año		2005			
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 75 N° 2CS - 20					BRISAS DEL MAR					X																3206314170, 3126291504													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
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																			

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 7		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:				40437527				Nombre Docente:				MOSQUERA MOSQUERA SANDRA								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		1115450137						12												Masculino		X		Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento											
GARCIA				CAMACHO				JUAN				SEBASTIAN												Dia		Mes		Año							
14				01				2006																											
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono													
												Urbana		Rural																					
CARRERA 42 N° 3S - 70						BELLAVISTA						X												2443656, 3122947190											
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		X		8		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA				Carácter				Especialidad																	
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario		Turismo		Normalista					
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							
				1						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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111813356					11													Masculino			Femenino		X													
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																
RODRIGUEZ					MOSQUERA					JOSELIN					DAYANI													Dia		Mes		Año												
26					08					2006																																		
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																					
										Urbana			Rural																															
CRA 37 N° 2-95					JUAN XXIII					X																2431477, 3104253224																		
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																		
										1 2 3 4 5 6 Otro											Nación					Estudiante madre cabeza de familia																		
					1																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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111749826					13													Masculino		X	Femenino				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Día		Mes		Año							
ASPRILLA				PORTOCARRERO				RONNY				STIVEN										07		07		2004							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono															
								Urbana	Rural																								
DIAGONAL 1ªS N° 2A - 12					CRISTAL					X										2440655, 3188543906													
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	X	8		9															
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																				
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista															
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			
												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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1111759992					11													Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
MAHECHA					CARDONA					CAMILO															Dia		Mes		Año										
06					04					2006																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 48 CALLE 10 # 48 - 07					BOSQUE MUNICIPAL					X																3127385385, 3226173147													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
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																			

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113364523					10													Masculino		X	Femenino																				
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																					
VIDAL					PEÑA					VICTOR					ALFONSO													Dia		Mes		Año																	
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																										
										Urbana			Rural																																				
CRA 41 CL 5 N° 5-04					MA EUGENIA					X																2420708, 3162956086																							
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					X					8					9									
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																																
Si	No		Si	No		Nivel I	Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic	Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																					
						X																					X																						
SISTEMA DE SALUD																																																	
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado																			
ANASWAYUU																				O+																													
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																																	
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																								
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No																				
En situacion de desplazamiento																																																	
No aplica																																																	
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																																	
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato										Fuente Recurso	FNR										Opción																		
																					Nación										Estudiante madre cabeza de familia																		
										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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1115449028					12													Masculino			Femenino		X																		
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento																					
RIASCOS					MOSQUERA					WENDY					VANESSA													Dia		Mes		Año																	
25					05					2005																																							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																										
										Urbana			Rural																																				
CALLE 4 N° 37 - 04					JUAN XXIII					X																3188654881, 2443379																							
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																													

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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO											
										7								2018											
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																													
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA									
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:					MOSQUERA MOSQUERA SANDRA					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		1113363924					11											Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento							
																						Dia	Mes		Año				
TRUQUE				RIASCOS				ASHLY				MICHELLE										15	06		2006				
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono											
										Urbana	Rural																		
CARRERA 19 N° 3A - 83					EL JORGE					X								2414900, 3037971589											
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	X	8		9											
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista											
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 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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363491					12													Masculino		X	Femenino			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento										
																						Día		Mes		Año						
MARTINEZ				MUÑOZ				JOSE				LUIS										21		11		2005						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono														
										Urbana	Rural																					
CARRERA 45 N° 2 - 24					BELLAVISTA					X								3155212635, 3186341113														
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											
												0123456789										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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO													
										7								2018													
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																															
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA											
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:					MOSQUERA MOSQUERA SANDRA					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		1110040860					11													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Dia	Mes		Año						
RIASCOS				LOZANO				ANA				LIDA										10	08		2006						
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 5A N° 10 - 48					NAYITA					X								24333260, 3167554443													
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	X	8		9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
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											

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 7		Fecha Matricula			DÍA		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1107836671					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CAICEDO					BECERRA					NICOLLE					DAYANA													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CRA 47B 6S - 16					CRISTAL					X															2439426, 3168235887														
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
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 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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111751290					13													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
GARCIA					PALACIOS					MELANY					JULIETH													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 41 CALLE 2 # 41C - 03					BELLAVISTA					X																3166831929, 2431271													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
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																			

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 7			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										B.UENAVENTURA																
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:					MOSQUERA MOSQUERA SANDRA					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		1111760562					11													Masculino			Femenino		X					
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento														
																						Dia		Mes		Año										
SINISTERRA				ORTEGA				YENSI														09		06		2006										
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono																		
										Urbana	Rural																									
CARRERA 38 N° 3S - 14					BELLAVISTA					X								3165381508, 2435268																		
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	X	8		9																		
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																							
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10º	11º	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																		
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																																				

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 7		Fecha Matricula		DÍA		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111740759					13													Masculino		X	Femenino							
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento								
CAMACHO					DIAZ					JOHAN					ERNESTO													Dia		Mes	Año					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono													
										Urbana			Rural																							
ETAPA 1 CASA 5					CIUADELA COLPUERTO					X																3155108837, 2401609										
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	X	8		9							
Subsidiado					Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																			
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista														
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																							
															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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363830					11													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Día		Mes		Año					
RODRIGUEZ				SANCHEZ				DULCE				ARANZA										07		04		2006					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia			Municipio de Residencia			Teléfono													
										Urbana	Rural																				
CARRERA 4A N° 2 - 16										X								3182135322, 3156797674													
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	X	8		9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
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 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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1115450836					11													Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CAICEDO					BERMUDEZ					MIGUEL					ANGEL													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 61C N° 11 - 40					LA INDEPENDENCIA					X																3182893848, 2400728													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1006201100					14													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
DIAZ					GAMBOA					KAROL					ANDREA													Dia		Mes		Año							
DIAZ					GAMBOA					KAROL					ANDREA													16		05		2003							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 66D N° 6A -61					SIMON BOLIVAR					X																3178518403, 2509605													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																		
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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO																					
										7								2018																					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																			
Doc. Docente:					40437527					Nombre Docente:										MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111758568					11												Masculino		X	Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento					Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento									
																														Dia		Mes		Año					
ANGULO					RAYO					JAIR					FERNANDO															16		03		2006					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona		Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana	Rural																												
CARRERA 12 # 5 - 65					CENTENARIO					X												3158172657, 2411896																	
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	X	8		9																		
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																										
Si	No	Si	No	Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
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																												
							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										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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363725					11													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CUERO					VALENCIA					CRISTHIAN					SAMIR													Dia		Mes		Año							
06					07					2006																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 4 CARRERA 17 N° 17D - 27					EL JORGE					X																3166992872, 2433957													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363481					12													Masculino		X	Femenino										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
QUICENO					MARIN					JUAN					ESTEBAN													Dia		Mes	Año								
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CALLE 3 N° 51 C - 30					TRANSFORMACION					X																3135492746, 3113363442													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111750659					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CAICEDO					CORTES					MARIA					JOSE													Dia		Mes		Año							
28					04					2005																													
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
N° 9 - 77					CENTENARIO					X																3154586351, 3184885225													
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														
																				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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1007825381					14													Masculino			Femenino		X									
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento												
GUTIERREZ					GAVIRIA					YENSI					TATIANA													Dia		Mes		Año								
21					05					2003																														
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																	
										Urbana			Rural																											
CARRERA 6 N° 32A - 4C					KENNEDY					X																3158232092, 3176905149														
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									
										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																									
																				NO APLICA																				
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																								
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																									
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico										
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico										
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo										
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica										
INFORMACIÓN FAMILIAR																																								
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																								
CC	RC	TI	CE																																					
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente															
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO							
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																								
FIRMAS																																								
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																								
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																				

INSTITUCIÓN EDUCATIVA 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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1114091011					14													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
GUTIERREZ					GAVIRIA					LUZ					MERY													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													
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																				Dia		Mes			Año			Si		No									
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato										Fuente Recurso	FNR								Opción										
																					Nación								Estudiante madre cabeza de familia										
																					Adicionales								Hijo madre cabeza de familia										
																				Propios								Hijo de veterano de la fuerza pública											
																				SGP								Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																							
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica									
										SI					NO																								
																				NO APLICA																			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																							
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																								
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico									
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico									
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo									
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica									
INFORMACIÓN FAMILIAR																																							
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																							
CC		RC		TI		CE																																	
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente														
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO						
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																							
FIRMAS																																							
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																							
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																			

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1111756840					12													Masculino			Femenino		X								
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
CACERES					LANDAZURI					ANDREA																		Dia		Mes		Año							
CACERES					LANDAZURI					ANDREA																		12		12		2005							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CARRERA 20 N° 2 - 26					ALBERTO LLERAS					X																3217315454, 2413773													
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	X	8		9																					
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																					
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 7		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:				40437527				Nombre Docente:				MOSQUERA MOSQUERA SANDRA								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		1107837219						13												Masculino		X		Femenino											
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento				Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																			
MACHADO				QUIÑONES				DANIEL				FABRICIO												Dia		Mes		Año															
20				10				2004																																			
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia				Teléfono																							
										Urbana		Rural																															
CARRERA 46 N° 7S - 23						BELLAVISTA						X										3158781007, 2401931																					
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		X		8		9																			
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista											
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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1113363716					11			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													
RUEDA				RIVAS				JUAN				SEBASTIAN										22		02		2006													
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																				
															0				1				2				3				4								
															5				6				7		X		8				9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																						
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista								
								X										X													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																											
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 7		Fecha Matricula			DÍA		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111758244					12			VALLE DEL CAUCA					ALCALÁ					Masculino			Femenino		X					
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento								
RIVAS					CIFUENTES					CINTHYA					JACKELINE													Dia		Mes		Año				
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono													
										Urbana			Rural																							
										X																										
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																				
Último grado cursado	Año	Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar															
																					Básica Primaria															
										0				1		2		3			4		Básica Secundaria				X									
										5					6		7		X	8		9														
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																						
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista														
				X										X										X												
SISTEMA DE SALUD																																				
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU															A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																				
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado											
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año		Si		No								
En situacion de desplazamiento																																				
No aplica																																				
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																				
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción													
																		Nación					Estudiante madre cabeza de familia													
																		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia													
1							2		3		4		5		6			Otro		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública											
																	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 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 7		Fecha Matricula		DÍA		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA															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		1112043117					11			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento					Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
ROSERO					SUAREZ					ALEXANDRA																				Dia		Mes		Año							
12					07					2006																															
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																		
										Urbana			Rural																												
CLL 3A N° 36-14					JUAN XXIII					X																3164085836 3166637832															
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											X							
SISTEMA DE SALUD																																									
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado											
ANASWAYUU																				A+																					
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																									
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado																
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes			Año			Si		No											
En situacion de desplazamiento																																									
No aplica																																									
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																									
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato										Fuente Recurso	FNR										Opción										
																					Nación										Estudiante madre cabeza de familia										
										1 2 3 4 5 6 Otro											Adicionales										Hijo madre cabeza de familia										
																				Propios										Hijo de veterano de la fuerza pública											
																				SGP										Hijo de Héroe de la Nación											
TERRITORIALIDAD																																									
Resguardo al que pertenece										Negritudes										Etnia										No Aplica											
										SI					NO																										
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																									
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																										
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico											
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico											
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo											
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica											
INFORMACIÓN FAMILIAR																																									
Tipo Documento					Número documento					Departamento expedición					Municipio expedición					Apellidos y Nombres																					
CC		RC		TI		CE																																			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente																
															Madre					Padre					Abuelo(a)						Hermano(a)						SI		NO		
															Tio(a)					Hijo(a)					Otro (cual)																
OBSERVACIONES :																																									
FIRMAS																																									
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																									
RECTOR					COORDINADOR					ACUDIENTE					ESTUDIANTE					Indice Derecho																					

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111761716					11													Masculino			Femenino		X			
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento			Dia	Mes	Año							
SERNA				GARCES				KAREN				VALERIA										10	09	2006										
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										
										0		1		2		3		4																
										5		6		7	X	8		9																
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																					
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista																
				X						X								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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111761501					11													Masculino			Femenino		X		
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento											
																						Dia		Mes		Año							
CAMPO				PAREDES				GABRIELA														22		09		2006							
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							
										0		1		2		3		4															
										5		6		7	X	8		9															
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																				
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10º	11º	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista												
				X						X											X												
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													

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		Fecha Matricula		DIA		MES		AÑO																			
														7								2018																			
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																									
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO														SEDE										MUNICIPIO																	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS														INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS										.BUENAVENTURA																	
Doc. Docente:				40437527				Nombre Docente:				MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1115448760				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																	
ANCHICO				ORTIZ				VICTOR				MANUEL								27		01		2005																	
Dirección de Residencia				Barrio / Comunidad				Zona		Departamento de Residencia				Municipio de Residencia				Teléfono																							
								Urbana		Rural																															
CRA 44 N° 44-13				BELLAVISTA				X												3168699659 - 3155609615																					
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		X		8				9																									
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO				MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial		Agropecuario		Turismo		Normalista													
								X										X										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</																																	

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1111744940			13			VALLE DEL CAUCA					BUENAVENTURA					Masculino			Femenino		X										
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento											
SOLIS					MONTAÑO					GLORIA					EDITH													Dia		Mes		Año							
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono																
										Urbana			Rural																										
CRA 60 N° 5-41					EL CARMEN					X																3168552977 - 3146225516													
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			X			8			9																								
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA			Carácter		Especialidad																									
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración			10°	11°	Académic	Técnico	Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista																	
				X							X											X																	
SISTEMA DE SALUD																																							
EPS a la cual está afiliado					IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado														
ANASWAYUU															A+																								
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																							
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado														
Hijo de adultos desmovilizados					X															Dia		Mes		Año			Si		No										
En situacion de desplazamiento																																							
No aplica																																							
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																							
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR						Opción															
																		Nación						Estudiante madre cabeza de familia															
																		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia															
1							2		3		4		5		6			Otro		Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública													
																	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																			

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 7		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: 40437527					Nombre Docente: MOSQUERA MOSQUERA SANDRA										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		1115450697					11													Masculino			Femenino		X
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento			Fecha Nacimiento									
																						Dia		Mes		Año					
PAYAN				CAMACHO				HEILY				YHALAKY										13		04		2006					
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					
										0		1		2		3		4													
										5		6		7	X	8		9													
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO					MEDIA		Carácter		Especialidad																		
Si	No	Si	No	Nivel I	Nivel II	Aceleración		10°	11°	Académic	Técnico	Comercial		Agropecuario			Turismo		Normalista												
				X						X									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											

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 7		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:				40437527				Nombre Docente:				MOSQUERA MOSQUERA SANDRA								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		1111759364						11		VALLE DEL CAUCA				BUENAVENTURA				Masculino		X		Femenino															
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre				Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento				Fecha Nacimiento																					
ZAMORA				MONDRAGON				JUAN				FELIPE										Dia		Mes		Año																	
19				07				2006																																			
Dirección de Residencia						Barrio / Comunidad						Zona		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia				Teléfono																							
								Urbana		Rural																																	
CRA 50 N° 50A-29						EL BOSQUE						X										3106117732																					
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		X		8		9																			
Subsidiado		Interno		OTRO MODELO						MEDIA		Carácter		Especialidad																													
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración		10°		11°		Académic		Técnico		Comercial				Agropecuario				Turismo		Normalista											
				X														X												X													
SISTEMA DE SALUD																																											
EPS a la cual está afiliado						IPS Asignada						Tipo de sangre y RH						ARS Afiliado																									
ANASWAYUU												A+																															
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																											
Desvinculados de grupos armados												Departamento Expulsor						Municipio Expulsor						Fecha de Expulsión				Certificado															
Hijo de adultos desmovilizados						X																		Dia		Mes		Año		Si		No											
En situacion de desplazamiento																																											
No aplica																																											
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																											
Nro. Carnet SISBEN						Nivel SISBEN						Estrato						Fuente Recurso		FNR						Opción																	
																				Nación						Estudiante madre cabeza de familia																	
												1		2		3				4		5		6		Otro		Adicionales						Hijo madre cabeza de familia									
																				Propios						Hijo de veterano de la fuerza pública																	
																				SGP						Hijo de Héroe de la Nación																	
TERRITORIALIDAD																																											
Resguardo al que pertenece										Negritudes						Etnia										No Aplica																	
										SI			NO																														
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																											
DISCAPACIDADES														CAPACIDADES EXCEPCIONALES																													
Sordera Profunda												Paralisis Cerebral												Síndrome de Down												Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición												Lesión neuromuscular												Múltiple												Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada												Autismo												No Aplica												Talento subjetivo							
Ceguera												Deficiencia cognitiva																								No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																											
Tipo Documento				Número documento				Departamento expedición				Municipio expedición				Apellidos y Nombres																											
CC		RC		TI		CE																																					
Dirección						Teléfono residencia						Teléfono trabajo						Parentesco										Acudiente															
																Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO									
																		Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)																	
OBSERVACIONES :																																											
FIRMAS																																											
En mi calidad de Rector de la Institucion Educativa JOSE ACEVEDO Y GOMEZ certifico que se anexa al presente fotocopias de los certificados de estudios de los años anterior y del documnto de identidad																																											
RECTOR						COORDINADOR						ACUDIENTE						ESTUDIANTE						Indice Derecho																			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS



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

Fecha Matricula

DIA

MES

AÑO

CONTINUIDAD

2018

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

SEDE

MUNICIPIO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR JUAN LADRILLEROS

.BUENAVENTURA

Doc. Docente:

40437527

Nombre Docente:

MOSQUERA MOSQUERA SANDRA

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

1111739560

13

Masculino

Femenino

X

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Departamento de Nacimiento

Municipio de Nacimiento

Fecha Nacimiento

RAMOS

RAMIREZ

HAILIN

STEFANY

21

02

2004

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

0

1

2

3

4

5

6

7

X

8

9

Subsidiado

Interno

OTRO MODELO

MEDIA

Carácter

Especialidad

Si

No

Si

No

Nivel I

Nivel II

Aceleración

10°

11°

Académic

Técnico

Comercial

Agropecuario

Turismo

Normalista

X

X

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

Hijo de adultos desmovilizados

En situacion de desplazamiento

No aplica

Departamento Expulsor

Municipio Expulsor

Fecha de Expulsión

Certificado

X

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nro. Carnet SISBEN

Nivel SISBEN

Estrato

Fuente Recurso

FNR

Nación

Adicionales

Propios

SGP

Opción

Estudiante madre cabeza de familia

Hijo madre cabeza de familia

Hijo de veterano de la fuerza pública

Hijo de Héroe de la Nación

1

2

3

4

5

6

Otro

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece

Negritudes

Etnia

No Aplica

SI

NO

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Sordera Profunda

Paralisis Cerebral

Sindrome de Down

Talento Científico

Hipoacusia-baja audición

Lesión neuromuscular

Múltiple

Talento tecnológico

Baja visión diagnosticada

Autismo

No Aplica

Talento subjetivo

Ceguera

Deficiencia cognitiva

No aplica

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo Documento

Número documento

Departamento expedición

Municipio expedición

Apellidos y Nombres

CC

RC

TI

CE

Dirección

Teléfono residencia

Teléfono trabajo

Parentesco

Acudiente

Madre

Padre

Abuelo(a)

Hermano(a)

SI

NO

Tio(a)

Hijo(a)

Otro (cual)

OBSERVACIONES :

FIRMAS

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

RECTOR

COORDINADOR

ACUDIENTE

ESTUDIANTE

Indice Derecho