

Nombre de la institución educativa _____

Código DANE Institución _____

Código DANE Sede _____ Nombre de la Sede _____

Código SABER _____

• ¿Es sede principal? Si ☐ No ☐

• Sector *Oficial* ☐ *No oficial* ☐ • Zona *Urbana* ☐ *Rural* ☐ • Calendario *A* ☐ *B* ☐

Dirección _____

Municipio _____ Departamento _____

Teléfono fijo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Nombre del rector _____

Señor Rector, Coordinador de sede, diligencie la siguiente información relacionada con los estudiantes con algún tipo de discapacidad que presentaron la prueba.

Nota: Las primeras líneas contienen un ejemplo explicativo.

[illegible]

DISCAPACIDAD 1

- **Física:** parálisis total o parcial de algún miembro, falta de algún miembro.
- **Sensorial:** sordera, hipoacusia, ceguera, baja visión o sordoceguera.
- **Cognitiva:** síndrome de Down o síndrome de Asperger – autismo.

3

METODOLOGÍA EDUCATIVA

Por favor indique la cantidad de estudiantes que tiene matriculados en esta sede jornada por cada una de las siguientes metodologías educativas .

En caso de no existir estudiantes matriculados en alguna de las categorías citadas abajo, diligencie la matrícula en la casilla “Otra”.

Grado 3º	
Metodología	Cantidad de estudiantes
Escuela nueva	
Aceleración de aprendizaje	
Etnoeducación	
Otra	
Total matrícula	

Grado 5º	
Metodología	Cantidad de estudiantes
Escuela nueva	
Aceleración de aprendizaje	
Etnoeducación	
Otra	
Total matrícula	

Grado 9º	
Metodología	Cantidad de estudiantes
Post-primaria	
Telesecundaria	
Etnoeducación	
Otra	
Total matrícula	

4

ESTUDIANTES AUSENTES

GRADO	CANTIDAD AUSENTES	CANTIDAD AUSENTES PARCIALES
3		
5		
9		

ASISTENCIA

- Relacione los estudiantes ausentes así:
- **Ausentes:** cuando en el momento del ingreso, el estudiante no se encuentra presente.
 - **Ausentes Parciales:** cuando el estudiante estuvo presente sólo en una parte de la prueba.

5

ACTA APERTURA DEL MATERIAL DE EXAMEN

Los abajo firmantes certificamos la apertura del material de examen:

Nombre del Rector o Coordinador de sede

Firma del Rector o Coordinador de sede

Nombre Coordinador de salones

Firma del Coordinador de Salones

Nombre del Personero y/o Representante de los estudiantes

Firma del Personero y/o Representante de los estudiantes

Nombre del Delegado Icfes

Firma del Delegado Icfes