



AÑO _____	SEMESTRE CALENDARIO PARA EL QUE SE INSCRIBE: Marque (X) Febrero - Junio <input type="checkbox"/> Agosto - Diciembre <input type="checkbox"/>			FOTO RECIENTE
PROGRAMA ACADÉMICO _____	MODALIDAD Marque (X) TECNOLÓGICA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	INGRESO POR TRANSFERENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	JORNADA DIURNA <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOCTURNA <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA <input type="checkbox"/>	

APELLIDOS Y NOMBRES

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Marque (X) Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> No. _____ Pasaporte <input type="checkbox"/> Libreta Militar No. _____	ESTADO CIVIL: Marque (X) Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No. de Hijos <input type="text"/>
---	--

LUGAR DE NACIMIENTO

Ciudad \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

FECHA: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

SEXO: Marque (X)  
Masculino   
Femenino

APELLIDOS Y NOMBRES DE PERSONA DE CONTACTO _____	RESIDENCIA DE PERSONA DE CONTACTO Ciudad _____ Dpto. _____ Dirección _____ Teléfono _____
--	---

RESIDENCIA DE FÁCIL LOCALIZACIÓN DEL ASPIRANTE Ciudad _____ Dpto. _____ Dirección _____ Teléfono _____ Celular _____ Barrio _____ Estrato <input type="checkbox"/> Comuna <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE TRABAJA Nombre _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Cargo _____
--	---

**ESTUDIOS REALIZADOS**

Estudios	COLEGIO O INSTITUCIÓN	Años y cursos aprobados	TÍTULO RECIBIDO	CIUDAD	DPTO	PAIS
Bachillerato						
Normal						
Carrera Técnica Profesional						
Carrera Tecnológica						
Carrera Universitaria						

**INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN**

ACEPTADO: Marque (X) SI <input type="checkbox"/> Con Entr. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin Entr. <input type="checkbox"/>	CODIGO _____	DOCUMENTOS ADJUNTOS AL PRESENTE FORMULARIO: Marque (X) FOTOCOPIA DIPLOMA BACHILLER <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE CONDUCTA <input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO DE BACHILLER ORIGINAL O COPIA AUTENTICADA <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA TÍTULO PROFESIONAL DE _____ CALIFICACIÓN DE EDU. SUP DE _____ A _____ SEM. DE LA CARRERA DE _____ ACTA DE GRADO ORIGINAL TÍTULO PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	CONTENIDOS CURRICULARES DE LAS ASIGNATURAS DE _____ A _____ SEMESTRES <input type="checkbox"/> EXAMEN MEDICO GENERAL <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA EPS <input type="checkbox"/> FOTOS <input type="checkbox"/> ICFES <input type="checkbox"/>
--	--------------	---	---

Recibo de Caja No. _____	FECHA DE RECIBO: Día _____ Mes _____ Año _____	S.N.P. ICFES No. _____	RECIBIDO POR: _____ NOMBRE _____
--------------------------	--	------------------------	-------------------------------------

Autorización tratamiento de datos personales: Mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario acepta y autoriza de manera libre, previa y voluntaria la recolección y tratamiento de sus datos personales a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA CENTRO SUPERIOR, UNICUCES, conforme a la Política de Tratamiento de Información y Datos Personales disponible en [www.unicuces.edu.co](http://www.unicuces.edu.co). Entiende que los datos serán objeto de, recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y/o transferidos, las finalidades son: Para realizar el proceso de inscripción, admisión, entrevista, matrícula y/o renovación de matrícula, iniciar el seguimiento personal al estudiante mediante un expediente académico, así como establecer contacto, divulgar ofertas académicas y de servicios que ofrece la Universidad, para invitar a eventos académicos, culturales, deportivos y demás eventos que interesen a la comunidad educativa, para notificar los cambios en nuestras políticas y procedimientos y las demás finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de Información y Datos Personales y en cumplimiento de las actividades y funciones propias como Institución de Educación Superior. Tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización de sus datos, enviando la solicitud al correo [info@unicuces.edu.co](mailto:info@unicuces.edu.co)

SI  NO

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

POR QUÉ MEDIO SE ENTERO DE LA INSTITUCIÓN: Periódico / Revista <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Egresados <input type="checkbox"/> Estudiante UNICUCES <input type="checkbox"/> Visita a Colegios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Referido ___ Nombre Completo de quien refiere: _____	Funcionario UNICUCES que lo Atendió: _____ Dependencia: _____ Fecha de Atención: Día _____ Mes _____ Año _____
--	--