

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 <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>  SEXO:   Marque (X)  Masculino <input type="checkbox"/>  Femenino <input type="checkbox"/>	
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	TITULO RECIBIDO	CIUDAD	DPTO	PAIS
Bachillerato						
Normal						
Carrera Técnica Profesional						
Carrera Tecnológica						
Carrera Universitaria						
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 <a href="http://www.unicuces.edu.co">www.unicuces.edu.co</a> . 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 <a href="mailto:info@unicuces.edu.co">info@unicuces.edu.co</a>					SI	
					NO	
			Firma del Estudiante			

INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN			
ACEPTADO:   Marque (X)	CODIGO	DOCUMENTOS ADJUNTOS AL PRESENTE FORMULARIO:   Marque (X)	
SI <input type="checkbox"/> Con Entr. <input type="checkbox"/>  NO <input type="checkbox"/> Sin Entr. <input type="checkbox"/>		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	CONTENIDOS CURRICULARES DE LAS ASIGNATURAS DE _____ A _____ SEMESTRES 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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	S.N.P.ICFES No.	RECIBIDO POR:  NOMBRE _____

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 <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	