

Carrera		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *		
Código		Día	Mes	Año

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

DATOS DE IDENTIFICACION *

Primer Apellido *			Segundo Apellido *			
Primer Nombre *			Segundo Nombre *			
Lugar de Nacimiento: *	Municipio *		Departamento *		Fecha de Nacimiento *	
					Día	Mes Año
Tipo de Identificación *	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Cedula de Ciudadanía	Pasaporte	Otro	Cual
Número de Identificación *	Lugar de Expedición *					
Estado Civil*	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión Libre	Número de Hijos *
Género *	Masculino	Femenino	Otro	Email *		
Dirección de Residencia *			Teléfono *		Celular *	
Barrio / Vereda *			Municipio *		Departamento *	
Localidad *	Estrato *	Zona de vivienda *	Urbana	Rural	Urbana - Rural	Medio de Transporte *
						Público Particular Masivo Integrado A Pie Otro

Afiliações	EPS	ARL	ESTADO DE AFILIACION			
			BENEFICIARIO SI ___ NO ___		COTIZANTE SI ___ NO ___	

INFORMACIÓN ACADEMICA

Nombre de la Institución *		Ciudad *	Año *	TITULO ALCANZADO *		
NIVEL * ACADEMICO APROBADO	Secundaria (Bachillerato)	Media Técnica	Técnica Profesional	Tecnólogo Profesional	Profesional	
Nombre de la Institución *		Ciudad *	Año *	TITULO ALCANZADO *		
NIVEL * ACADEMICO APROBADO	Secundaria (Bachillerato)	Media Técnica	Técnica Profesional	Tecnólogo Profesional	Profesional	

EXAMEN DE ESTADO - ICFES *

Código SNP *		FECHA:		SEMESTRE:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	PUNTAJE ICFES	
--------------	--	--------	--	-----------	---	---------------	--

SITUACION CULTURAL / MULTICULTURALIDAD *

Reinsertado	Madre Cabeza de Familia	Étnico Indígena	Desplazado	Afrocolombiano	Habitante de Frontera	Pueblo Rom					
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___					
DISCAPACIDADES *	Ceguera	Sordera Profunda	Múltiple	Lesión Neuromuscular	TIPO DE SANGRE *						
	Parálisis Cerebral	Deficiencia Cognitiva (retardo mental)	Hipoacusia o baja audición	OTRO. _____	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+

LEY DE VETERANOS

Veterano	Conyuge o Compañero permanente de un veterano	Hijo de veterano	Padre/ Madre de Veterano	No aplica
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	

INFORMACION DE LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES *

Nombre y Apellidos del (ACUDIENTE) *		Tipo Identificación *	Número *
		T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRA: _____	No. _____
Correo Electrónico *	Fecha de Nacimiento *	Teléfono *	Celular *
Dirección *	Ciudad *	Barrio *	Parentesco *

INFORMACION LABORAL *

Nombre de la Empresa*		CARGO QUE DESEMPEÑA *	
Correo Electrónico laboral*	Teléfono Trabajo*	Celular*	
Dirección Laboral*	CIUDAD *	Fecha de Ingreso*	Fecha de Retiro*

**NOMBRES Y APELLIDOS
 ESTUDIANTE**

**APROBACIÓN Y REVISIÓN
 ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL**