

		CORPORACIÓN POLITÉCNICO COLOMBO ANDINO				Código: F-GA-02	
						Versión: 1.0	
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN						Fecha: 15/06/2022	

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	Edad
Tipo de Identificación *		Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Cedula de Ciudadanía	Pasaporte	Otro	Cual	Cédula de Extranjería			
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

Afiliaciones	EPS	ARL	ESTADO DE AFILIACION			
			BENEFICIARIO SI ____ NO ____		COTIZANTE SI ____ NO ____	

INFORMACIÓN ACADEMICA						
Nombre de la Institución *		Ciudad *	Año *	TITULO ALCANZADO *		
NIVEL * ACADEMICO APROBADO	Básica Secundaria	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 Miopia-Astigmatismo								
		<table border="1"> <tr> <td>O+</td> <td>O-</td> <td>A+</td> <td>A-</td> <td>B+</td> <td>B-</td> <td>AB+</td> <td>AB-</td> </tr> </table>				O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-						

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: _____	
Correo Electrónico *	Fecha de Nacimiento *	Teléfono *	Celular *
Dirección *	Ciudad *	Barrio *	Parentesco *
INFORMACION LABORAL *			
Nombre de la Empresa*		CARGO QUE DESEMPEÑA *	
Correo Electrónico *	Teléfono Trabajo*		Celular*
Dirección Laboral*	CIUDAD *	Fecha de Ingreso*	Fecha de Retiro*
_____ NOMBRES Y APELLIDOS ESTUDIANTE		_____ APROBACIÓN Y REVISIÓN ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL	