

Carrera							FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *				
Código					Día	Mes		Año			
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>											
<b>DATOS DE IDENTIFICACION *</b>											
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 Extranjeria		
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 ____			
<b>INFORMACIÓN ACADEMICA</b>											
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				
<b>EXAMEN DE ESTADO - ICFES *</b>											
Código SNP *				FECHA:			SEMESTRE:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	PUNTAJE ICFES		
<b>SITUACION CULTURAL / MULTICULTURALIDAD *</b>											
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			O+ <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/>			

**INFORMACION DE LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES \***

Nombre y Apellidos del (ACUDIENTE) *		Tipo Identificación *      Número *	
		T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> OTRA: _____	
Correo Electrónico *		Fecha de Nacimiento *	Teléfono *
			Celular *
Dirección *		Ciudad *	Barrio *
			Parentesco *
<b>INFORMACION LABORAL *</b>			
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	