



FUCS

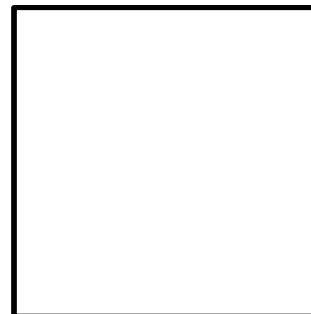
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-IAM-EVA-02

HOJA DE MATRÍCULA

PROGRAMA:



DATOS PERSONALES


NOMBRES	
APELLIDOS	
DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="text"/> No. <input type="text"/> De
FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS-CIUDAD DE ORIGEN
GENERO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="text"/>
ESTADO CIVIL	No. DE HIJOS
GRUPO SANGUINEO	EPS

DATOS DE UBICACIÓN

DIRECCION DE DOMICILIO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
TELEFONO FIJO:	CELULAR:

INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE DEL PADRE	TELEFONO FIJO:
DIRECCION:	CELULAR:
PROFESIÓN U OFICIO:	TELEFONO DEL TRABAJO: <input type="text"/> VIVE CON EL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DE LA MADRE	TELEFONO FIJO:
DIRECCION:	CELULAR:
PROFESIÓN U OFICIO:	TELEFONO DEL TRABAJO: <input type="text"/> VIVE CON ELLA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD	
	MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO	CÓDIGO: F-IAM-EVA-02
	HOJA DE MATRÍCULA	

Si usted no vive con sus padres, por favor indique con quien vive:

NOMBRE		PARENTESCO:
CELULAR:	TEL FIJO:	MAIL:

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE		PARENTESCO:
CELULAR:	TEL FIJO:	MAIL:

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Ha realizado otros estudios a nivel

TÉCNICO	<input type="checkbox"/>	TECNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>
PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	NINGUNO	<input type="checkbox"/>

PROGRAMA		AÑO
INSTITUCIÓN		SEMESTRES CURSADOS
GRADUADO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TÍTULO OBTENIDO:


INFORMACIÓN LABORAL

Trabaja actualmente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA EMPRESA:
CARGO:	FECHA DE INGRESO:	

MATRICULA ACADÉMICA

Con la firma de la presente matrícula académica entiendo y acepto que la matrícula es un acto administrativo por el cual voluntariamente adquiero la calidad de estudiante y me comprometo a cumplir con el Reglamento Estudiantil y todos los demás reglamentos, normas internas y disposiciones

Versión 00	GP-VRJ-AAFC
23/04/2013	

 <p>FUCS</p>	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD	
	MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO	CÓDIGO: F-IAM-EVA-02
	HOJA DE MATRÍCULA	

académicas, administrativas y disciplinarias de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS.

Así mismo, comprendo y acepto que esta matrícula se entiende efectuada y legalizada única y exclusivamente si he realizado oportunamente los pagos de los derechos pecuniarios en las fechas exactas establecidas internamente por la FUCS, he radicado en tiempo mi comprobante de pago en la Secretaría Académica u Oficina correspondiente de mi Facultad y he asistido a firmar la matrícula presente en este documento, por lo cual asumiré cualquier responsabilidad cuando no haya legalizado mi matrícula adecuadamente, dejando libre de la misma a la FUCS.

De igual manera, comprendo y acepto que la renovación de esta matrícula para cada periodo académico se entiende efectuada siempre y cuando cumpla con los requisitos anteriores y aquellos adicionales establecidos en el Reglamento Estudiantil.

Comprendo y acepto que perderé mi calidad de estudiante cuando no haga uso del derecho de renovación de matrícula, en los plazos señalados por la FUCS y que no matricularme dentro de los términos señalados por la Fundación acarrea la pérdida de mi cupo dentro de la institución.

Con la firma de la presente matrícula académica acepto y ratifico que he leído y entendido las normas y disposiciones presentes en el Reglamento Estudiantil, y que es mi deber como estudiante conocer y cumplir con la Constitución, las leyes colombianas, los Estatutos de la Fundación, el Reglamento estudiantil, los Acuerdos de los Consejos Superior, Académico y de Facultad, las órdenes del(a) Decano(a) y de los profesores, las instrucciones administrativas que emitan las autoridades de la Fundación y las demás normas de conducta y comportamiento de todas las instituciones en las cuales me encuentre realizando prácticas, por lo cual entiendo y acepto que el desconocimiento de estas normas no me exime de responsabilidad en su cumplimiento.

Para constancia de lo anterior, suscribo la presente matrícula académica personalmente y/o a través de mi representante legal¹, en las fechas y periodos que se señalan a continuación:

SEM	NOMBRE ESTUDIANTE	FIRMA DEL ESTUDIANTE Y/O ACUDIENTE	FECHA
-----	-------------------	---------------------------------------	-------

¹ La matrícula deberá ser firmada por el estudiante personalmente, salvo que sea menor de edad, en cuyo caso deberá suscribirla en compañía de su representante legal.



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-IAM-EVA-02

HOJA DE MATRÍCULA

SEM	NOMBRE ESTUDIANTE	FIRMA DEL ESTUDIANTE Y/O ACUDIENTE	FECHA

REGLAMENTO ESTUDIANTIL

FECHA DE APROBACIÓN: _____

Yo, _____ estudiante de _____



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-IAM-EVA-02

HOJA DE MATRÍCULA

Semestre del programa de _____ certifico que recibí el reglamento

estudiantil de pregrado.

En constancia firmo a los _____ días del mes de _____ del año _____ .

Firma _____ No. de documento _____