



HOJA DE MATRÍCULA

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, el reglamento específico que rija para mi programa y/o facultad, así como todos los demás reglamentos, normas internas y disposiciones académicas, administrativas y disciplinarias de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS.

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, el Reglamento de Facultad y/o Programa, 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.

Con la firma del presente documento, entiendo y acepto que me encuentro en obligación de conocer y cumplir las normas antes mencionadas, durante toda la duración de mi programa académico, aun cuando presente interrupciones o reservas de cupo a lo largo del desarrollo del mismo.

Así mismo, entiendo y acepto que para renovar mi matrícula semestre a semestre, deberé presentar los documentos exigidos por la Institución (matrícula académica) y la evidencia del pago de la matrícula (matrícula financiera), dentro de los tiempos establecidos en el Calendario Académico. Entiendo y acepto que no renovar y pagar la matrícula dentro de las fechas institucionales, será causal de pérdida de cupo dentro de la FUCS.

De igual manera, entiendo y acepto que si no puedo efectuar mi matrícula en el siguiente semestre o que una vez iniciado el periodo, no puedo continuar con mis estudios, me encuentro en la obligación de solicitar la reserva de mi cupo ante la Facultad dentro de las fechas fijadas en el Calendario Académico, siempre y cuando no hubiere transcurrido más del 30% del periodo académico.

Comprendo y acepto que si me he retirado definitivamente o he reservado mi cupo, y deseo solicitar la devolución del valor pagado por concepto de matrícula, dicha devolución se realizará en la cantidad y bajo las condiciones establecidas en el Reglamento Estudiantil.

Comprendo y acepto haber sido informado que dentro del plan de estudios del programa en el cual me matriculo, existen prácticas o actividades que pueden realizarse fuera de la ciudad de Bogotá, caso en el cual asumiré los gastos de viaje, estadía y viáticos que sean requeridos para su desarrollo.

Acepto, consiento y autorizo que mis datos personales consignados en este documento y en mi hoja de vida, sean tratados por la FUCS conforme a lo previsto en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS y conforme a los usos indicados en la “Autorización para la recolección y tratamiento de datos personales” establecida en la página web institucional.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD MATRÍCULA ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-MAT-MPR-03 . Versión 02

HOJA DE MATRÍCULA

Entiendo y acepto que, cuando se presenten dificultades académicas o disciplinarias, o en eventos de caso fortuito o fuerza mayor, la FUCS podrá contactar directamente a la(s) persona(s) aquí identificada(s) como mi(s) acudiente(s).

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

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Programa: _____

Documento: T.I. ___ C.C. ___ C.E. ___ PAS ___, No. _____ Expedido en: _____

Semestre matriculado: _____ Fecha:

Firma del estudiante: _____ Firma del acudiente: _____

DATOS DE (LOS) ACUDIENTE(S)

Nombre: _____

Documento: T.I. ___ C.C. ___ C.E. ___ PAS ___, No. _____ Expedido en: _____

Nombre: _____

Documento: T.I. ___ C.C. ___ C.E. ___ PAS ___, No. _____ Expedido en: _____

- Acepto, consiento y autorizo expresamente a la(s) persona(s) aquí identificada(s) como mi(s) acudiente(s), para solicitar certificaciones académicas ante la Oficina de Admisiones, Registro y Control de la FUCS, o información sobre mis notas y proceso académico ante la Facultad correspondiente.

Firma Estudiante: _____

- Acepto, consiento y autorizo expresamente a la(s) persona(s) aquí identificada(s) como mi(s) acudiente(s), para solicitar directamente ante la FUCS la devolución de los valores pagados por concepto de matrícula, en caso de retiro o reserva de cupo, bajo las normas establecidas en el Reglamento Estudiantil.

Firma Estudiante: _____