

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN POSTGRADO

**ASPECTOS QUE DEBE  
TENER EN CUENTA  
ANTES DE DILIGENCIAR  
EL FORMULARIO**

1. Diligencie cuidadosamente este formulario
2. Para las fechas utilice dd/mm/aa
3. La presentación de esta solicitud NO establece compromiso alguno
4. Los derechos de inscripción NO son devolutivos

FOTO RECIENTE

### DATOS PERSONALES

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres			
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Departamento		Sexo		Cédula de Ciudadanía	
Día	Mes	Año				F <input type="radio"/>	Nro.		
						M <input type="radio"/>	De:		
Título Profesional Obtenido				Institución			Ciudad	Año	
Teléfono Fijo o Celular				Correo Electrónico					
Postgrado al que aspira									
Firma					Fecha				



### ORDEN DE ENTREVISTA

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres			
Entrevistadores	1.			2.					
	Fecha			Lugar			Hora		

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN POSTGRADO

### INFORMACIÓN ACADÉMICA Y SOCIOECONÓMICA

A continuación encontrará una serie de interrogantes que deberá responder objetivamente, ya que son de interés para la Universidad.

#### 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 Cédula de Ciudadanía Nro. \_\_\_\_\_ L.M. \_\_\_\_\_ Dit.Nro. \_\_\_\_\_  
 Estado civil    Soltero (a)     Casado (a)     Viudo (a)     Separado (a)     Unión libre   
 Lugar donde reside \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono oficina \_\_\_\_\_ Nro. Celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### 2. INFORMACIÓN LABORAL

Labor a la que se dedica actualmente:  
 Cargo \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Nro. Celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### 3. INFORMACIÓN SOCIO - ECONÓMICA

Ingresos	Un salario mínimo	Entre 1y 2 salarios mínimos	Más de 2 salarios mínimos
Cónyuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Forma de financiación de matrícula.  
 Propia  Crédito Bancario  Crédito Interno  Otra  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 4. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios pregrado y posteriores

Tipo de estudio	Título obtenido	Institución	Año
Pregrado	_____	_____	_____
Postgrado 1	_____	_____	_____
Postgrado 2	_____	_____	_____

#### 5. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

¿Por qué razón decidió realizar estudios de postgrado en la Universidad de Boyacá? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de la existencia del programa? \_\_\_\_\_

“Haga parte de los mejores”

## MANIFESTACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL TITULAR MENOR DE EDAD/ ADOLESCENTE A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con documento de identidad Nro. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, en mi calidad de **(Representante Legal/Tutor del titular [ ] )** \_\_\_\_\_\*, identificado (a) con documento de identidad Nro. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_\*, de conformidad con el artículo 10 del Decreto Nro. 1377 del 27 de junio de 2013 del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, autorizo a que la Universidad de Boyacá en adelante haga uso de mis (los) datos personales (del titular), en los diferentes procesos académicos y administrativos para los cuales la Institución ha sido facultada, en cumplimiento de su objeto social y en virtud de las relaciones comerciales que de allí puedan desarrollarse conmigo.

Asimismo, conforme al Decreto y atendiendo el compromiso con la Ley, la Universidad de Boyacá nos informa que posee la infraestructura y mecanismos de seguridad que garantizan la guarda y confidencialidad de la información tratada en bases de datos u otros sistemas de almacenamiento, adoptando una política de tratamiento y protección de la información, así como los procedimientos necesarios para quienes estén a cargo de hacerlo y lo implementen.

De igual manera, la Universidad de Boyacá manifiesta que tengo derecho (en mi calidad de representante legal o tutor del titular) a hacer uso de los procesos de actualización, rectificación o supresión de los datos de aquella información (del titular) desactualizada, incongruente o errónea, lo que no implica alterar o suprimir aspectos propios de la información relacionada con los procesos que apoyan la Misión y Visión de la Universidad de Boyacá, máxime teniendo en cuenta que las bases de datos o documentos físicos son herramientas de consulta no pública y habilitada única y exclusivamente para cada titular.

Por último, se me informa la posibilidad de acceder a mis (los) datos (del titular) y el derecho de solicitar expresamente, en cualquier momento, su corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la Ley estatutaria Nro. 1581 de 2012.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo Titular

\_\_\_\_\_  
Nombre completo Representante/Tutor \*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma \*

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidad

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidad \*

\_\_\_\_\_  
Nombre Funcionario Universidad de Boyacá

\_\_\_\_\_  
Dependencia

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

**\*Debe seleccionar el tipo de relación que usted adquiere con la Universidad de Boyacá:**

Aspirante - Estudiante - Egresado - Funcionario - Proveedor - Exestudiante - Exfuncionario - Exproveedor - Otro

**Ejemplo** para diligenciar la manifestación de autorización por parte del titular y/o representante Legal o Tutor del titular menor de edad/adolescente a la Universidad de Boyacá en caso de ser **mayor de edad**.



**MANIFESTACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL TITULAR MENOR DE EDAD/ ADOLESCENTE A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ**

Yo, NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE, identificado (a) con documento de identidad No. No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASPIRANTE expedido en LUGAR DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA DEL ASPIRANTE, en mi calidad de **(Representante Legal/Tutor del titular CAMPO VACÍO)** CAMPO VACÍO\*, identificado (a) con documento de identidad No. CAMPO VACÍO expedido en CAMPO VACÍO, en calidad de ASPIRANTE\*, de conformidad con el artículo 10 del Decreto No. 1377 del 27 de junio de 2013 del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, autorizo a que la Universidad de Boyacá en adelante haga uso de mis (los) datos personales (del titular), en los diferentes procesos académicos y administrativos para los cuales la Institución ha sido facultada, en cumplimiento de su objeto social y en virtud de las relaciones comerciales que de allí puedan desarrollarse conmigo.

Asimismo, conforme al Decreto y atendiendo el compromiso con la ley, la Universidad de Boyacá nos informa que posee la infraestructura y mecanismos de seguridad que garantizan la guarda y confidencialidad de la información tratada en bases de datos u otros sistemas de almacenamiento, adoptando una política de tratamiento y protección de la información, así como los procedimientos necesarios para quienes estén a cargo de hacerlo lo implementen.

De igual manera, la Universidad de Boyacá manifiesta que tengo derecho (en mi calidad de representante legal o tutor del titular) a hacer uso de los procesos de actualización, rectificación o supresión de los datos de aquella información (del titular) desactualizada, incongruente o errónea, lo que no implica alterar o suprimir aspectos propios de la información relacionada con los procesos que apoyan la misión y visión de la Universidad de Boyacá, máxime teniendo en cuenta que las bases de datos o documentos físicos son herramientas de consulta no pública y habilitada única y exclusivamente para cada titular.

Por último, se me informa la posibilidad de acceder a mis (los) datos (del titular) y el derecho de solicitar expresamente, en cualquier momento, su corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la Ley estatutaria No. 1581 de 2012.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE

Nombre completo Titular

CAMPO VACÍO

Nombre completo Representante/Tutor \*

FIRMA DEL ASPIRANTE

Firma

CAMPO VACÍO

Firma \*

No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASPIRANTE

Documento de Identidad

CAMPO VACÍO

Documento de Identidad \*

Nombre Funcionario Universidad de Boyacá

Dependencia

Ciudad y Fecha CIUDAD Y FECHA EN EL QUE SE DILIGENCIÓ ESTE DOCUMENTO

**\*Debe seleccionar el tipo de relación que usted adquiere con la Universidad de Boyacá:**

Aspirante - Estudiante - Egresado - Funcionario - Proveedor - Exestudiante - Exfuncionario - Exproveedor - Otro

**Ejemplo** para diligenciar la manifestación de autorización por parte del titular y/o representante Legal o Tutor del titular menor de edad/adolescente a la Universidad de Boyacá en caso de ser **menor de edad**.



**MANIFESTACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL TITULAR MENOR DE EDAD/ ADOLESCENTE A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ**

Yo, NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL, identificado (a) con documento de identidad No. NO. CÉDULA DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL expedido en LUGAR DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL, en mi calidad de **(Representante Legal/Tutor del titular PARENTEZCO)** NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE\*, identificado (a) con documento de identidad No. No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASPIRANTE expedido en LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASPIRANTE, en calidad de ASPIRANTE\*, de conformidad con el artículo 10 del Decreto No. 1377 del 27 de junio de 2013 del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, autorizo a que la Universidad de Boyacá en adelante haga uso de mis (los) datos personales (del titular), en los diferentes procesos académicos y administrativos para los cuales la Institución ha sido facultada, en cumplimiento de su objeto social y en virtud de las relaciones comerciales que de allí puedan desarrollarse conmigo.

Asimismo, conforme al Decreto y atendiendo el compromiso con la ley, la Universidad de Boyacá nos informa que posee la infraestructura y mecanismos de seguridad que garantizan la guarda y confidencialidad de la información tratada en bases de datos u otros sistemas de almacenamiento, adoptando una política de tratamiento y protección de la información, así como los procedimientos necesarios para quienes estén a cargo de hacerlo lo implementen.

De igual manera, la Universidad de Boyacá manifiesta que tengo derecho (en mi calidad de representante legal o tutor del titular) a hacer uso de los procesos de actualización, rectificación o supresión de los datos de aquella información (del titular) desactualizada, incongruente o errónea, lo que no implica alterar o suprimir aspectos propios de la información relacionada con los procesos que apoyan la misión y visión de la Universidad de Boyacá, máxime teniendo en cuenta que las bases de datos o documentos físicos son herramientas de consulta no pública y habilitada única y exclusivamente para cada titular.

Por último, se me informa la posibilidad de acceder a mis (los) datos (del titular) y el derecho de solicitar expresamente, en cualquier momento, su corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la Ley estatutaria No. 1581 de 2012.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE  
Nombre completo Titular

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL  
Nombre completo Representante/Tutor \*

FIRMA DEL ASPIRANTE  
Firma

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL  
Firma \*

No. CÉDULA DEL ASPIRANTE  
Documento de Identidad

NO. CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL  
Documento de Identidad \*

Nombre Funcionario Universidad de Boyacá

Dependencia

Ciudad y Fecha CIUDAD Y FECHA EN EL QUE SE DILIGENCIÓ ESTE DOCUMENTO

**\*Debe seleccionar el tipo de relación que usted adquiere con la Universidad de Boyacá:**

Aspirante - Estudiante - Egresado - Funcionario - Proveedor - Exestudiante - Exfuncionario - Exproveedor - Otro