

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA SEGUNDO PROGRAMA

Código: GAM-F-03

Versión: 0.1

Página 1 de 4

ASPECTOS QUE DEBE TENER EN CUENTA ANTES DE DILIGENCIAR EL FORMULARIO

1. Diligencie cuidadosamente este formulario
2. Presente este formulario, junto con los documentos que se detallan a continuación, en la Facultad a la cual pertenece el programa que cursa actualmente o del cual es egresado.
3. La presentación de esta solicitud NO implica compromiso de admisión.

DOCUMENTOS ADICIONALES

- Para estudiantes activos en la Universidad de Boyacá:**
1. Documentos que se tengan pendientes de la matrícula del programa académico al cual pertenece.
- Para egresados:**
1. Hoja de vida actualizada.
 2. Fotocopia del título de pregrado obtenido en la Universidad de Boyacá.

DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		Género		Fecha de Nacimiento				FOTO RECIENTE *Las 2 fotos deben ser iguales
						F <input type="radio"/>		Día	Mes	Año		
						M <input type="radio"/>						
Identificación Personal				Lugar de Procedencia		Lugar de Nacimiento						
C.C.	T.I.	C.E.	Nro.	Expedida en								
Libreta Militar Nro.		Distrito Nro.		Estado Civil								
				Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>								

RESIDENCIA PERMANENTE O DE LOS PADRES

Dirección		Teléfono		Ciudad	

RESIDENCIA EN TUNJA (Si es diferente a la permanente o/a la de los padres)

Dirección		Teléfono		Nro. Celular		Correo Electrónico	

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Empresa		Dirección		Ciudad		Teléfono		Cargo	

INFORMACIÓN SEGUNDO PROGRAMA

Su relación académica actual con la Universidad de Boyacá es:					
Estudiante activo <input type="radio"/>		Estudiante en proceso de graduación <input type="radio"/>		Egresado Titulado <input type="radio"/>	
Primer Programa Académico en la Universidad de Boyacá (que cursa actualmente ó del cual es egresado)			Segundo Programa Académico (al cual se inscribe)		
			Jornada		
			Diurna	Nocturna	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA SEGUNDO PROGRAMA

Código: GAM-F-03

Versión: 0.1

Página 2 de 4

INFORMACIÓN FAMILIAR Y ECONÓMICA

Nombre del padre		Vive?		Ocupación	
		Sí	No		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nombre de la Madre		Vive?		Ocupación	
		Sí	No		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nombre del Cónyuge		Vive?		Ocupación	
		Sí	No		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Número de Hijos	Número de personas que viven en su casa	Tipo de Vivienda			
		Propia	Alquilada		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Forma de financiación de la matrícula.

Propia	Crédito ICETEX	Crédito Universidad de Boyacá	Crédito Bancario	Beca	Otra	Cuál?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN VOCACIONAL

¿Por qué razón decidió ingresar a un segundo programa académico?

¿Por qué escogió la Universidad de Boyacá?

INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR ESTUDIANTES ACTIVOS

Código estudiantil	Semestre	Promedio acumulado	Situación académica

SITUACIÓN A DILIGENCIAR POR EGRESADOS

Fecha de terminación de estudios		Fecha de graduación			Promedio acumulado	Años de experiencia laboral	Años de experiencia en el trabajo actual
Mes	Año	Día	Mes	Año			

TÍTULOS OBTENIDOS EN ESTUDIOS DE POSTGRADO

Título	Universidad	Año de Graduación

REFERENCIAS LABORALES

Nombre	Empresa	Cargo	Teléfono

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Empresa	Cargo	Teléfono

FECHA _____ **FIRMA** _____



ORDEN DE ENTREVISTA

FOTO RECIENTE
* Las 2 fotos deben ser iguales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Documento		Programa al que aspira	
C.C. <input type="radio"/>	Nro.		Jornada
T.I. <input type="radio"/>			D <input type="radio"/>
			N <input type="radio"/>
Dirección	Teléfono	FIRMA	

FECHA _____ **FIRMA** _____

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 No. _____ expedido en _____, en mi calidad de **(Representante Legal/Tutor del titular)** _____*, identificado (a) con documento de identidad No. _____ expedido en _____, en calidad de _____*, 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 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 PARENTESCO)** 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