|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Programa : | Periodo académico:  Primero:  Segundo:  de | | *Foto*  *Reciente*  *3 X 4 cm* |
| Nombres: | Apellidos: | |
| Documento de identidad número: | Tipo de documento:  T.I.  C.C.  C.E.  otro: | |
| Dirección de residencia: | Municipio: | Departamento: |
| Teléfono (s): | Correo electrónico: | |

Anexo en este orden los siguientes documentos foliados (no legajados):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Una (1) fotografía reciente, tamaño 3x4 cm. |  |  |
| 1. Fotocopia legible del documento de identidad (Cédula, tarjeta de identidad, contraseña, cédula de extranjería), tamaño normal. |  |  |
| 1. Recibo original de energía del mes inmediatamente anterior, del lugar de residencia de los padres o tutores, con indicación del estrato. Para sitios no estratificados se tendrá en cuenta el reporte del SISBEN |  |  |
| 1. Fotocopia del diploma de bachiller que incluya fecha de grado legible |  |  |
| 1. Constancia original del valor pagado por pensión en el grado once, expedida por el Rector o Tesorero del colegio.   (Nota importante: Los aspirantes que no pagaron ningún valor por concepto de pensión **deben** presentar la constancia original que así lo certifique) |  |  |
| 1. Copia de la tarjeta de resultados del examen ICFES (SABER 11). |  |  |
| 1. Si votó en las últimas elecciones, anexar fotocopia de certificado electoral |  |  |
| 1. Examen foniátrico y audio métrico. Únicamente para **FONOAUDIOLOGÍA** |  |  |
| 1. Certificado de vacunación contra hepatitis B, tétano y la dosis única de varicela. Únicamente para **MEDICINA- ENFERMERÍA – FISIOTERAPIA y FONOAUDIOLOGÍA** |  |  |
| 1. Reporte de resultados de la clasificación del SISBEN IV |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL ASPIRANTE**

Revisó:       N° Folios:       Espacio para sello DARCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESPRENDIBLE DE RECIBIDO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del aspirante:**  **Programa:**  **Periodo académico 1      2      Año** | **Identificación:**  **No. Folios:** |
| **Espacio exclusivo para el sello de recibido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Tenga en cuenta:**

* Toda persona admitida debe cancelar el valor de la matrícula, **única y exclusivamente**, en las **entidades de recaudo** y a través de los **medios de pago autorizados** por la institución y en las fechas establecidas, de lo contrario **perderá el cupo**.
* El valor cancelado por conceptos de inscripción y matrícula **no es reembolsable** salvo situaciones específicas detalladas en los Acuerdos 002 de 1988, 008 y 011 de febrero 7 de 2006 emanados del Consejo Superior Universitario.
* No se acepta documentación por vía fax.
* **No se recibirá documentación incompleta, extemporánea ni se adicionarán o cambiarán documentos posteriores a la entrega.**

**Conserve este desprendible y preséntelo en caso de reclamo**.