

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

¿Alternativa S de Grado? Sí NO Cuál?

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. _____

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 1 y 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 A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ POR PARTE DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL TITULAR MENOR DE EDAD/ADOLESCENTE

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