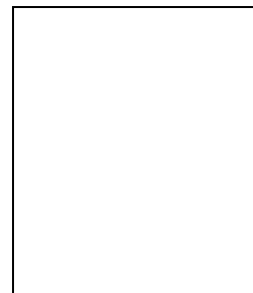


UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO



FORMULARIO DE INSCRIPCION

PROGRAMA AL QUE ASPIRA: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ CIUDADANIA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA: _____ PASAPORTE: _____ C. EXTRANJERIA _____
No. _____ EXPEDIDA EN: _____ LIBRETA MILITAR No. _____ D.M. _____
DIRECCIÓN PERMANENTE: _____ CIUDAD: _____ PAIS: _____ TEL: _____
DIRECCIÓN LABORAL: _____ CIUDAD: _____ PAIS: _____ TEL: _____

FORMACIÓN ACADÉMICA

- BÁSICA

BACHILLER COLEGIO: _____ FECHA DE GRADO: _____

- SUPERIOR

INSTITUCIÓN	FECHA DE GRADO	TITULO OBTENIDO	PROMOCION	
			Puesto Ocupado	Promedio notas

Internado rotatorio – Hospital: _____

Servicio Social Obligatorio: Lugar: _____ Fecha de inicio: _____ fecha terminación: _____

Registro de título profesional: No. _____ de: _____

Convalidación ICFES Título (Para Extranjeras) Resol. No. _____

Tarjeta Profesional NO. _____

Sociedades Científicas a las que pertenece: _____

EXPERIENCIA LABORAL

INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	FECHA

PRODUCCIÓN INTELECTUAL

PUBLICACIONES MÉDICAS (No incluye contratos) _____

ARTÍCULOS: _____

LIBROS: _____

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN: _____

R=Regular B= Bien C= Correctamente

IDIOMAS	LECTURA			ESCRITURA			CONVERSACIÓN			OBSERVACIONES
	R	B	C	R	B	C	R	B	C	

SISTEMAS (CAPACITACIÓN)

TIPO DE PROGRAMA	CONOCIMIENTO			OBSERVACIONES
	B	R	M	

FUENTE DE FINANCIACIÓN

ENTIDAD: Oficial _____ Privada _____ Centro Educativo: _____Cuál _____

Autofinanciación: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Examen de Aptitud Física (Anotar anomalías y/o correcciones): General: _____

Órganos de los Sentidos: _____

Vacunación para Hepatitis B: Si _____ No _____ Fecha: _____ Dosis _____

Declaro que la información consignada es veraz y autorizo al Instituto de Estudios de Posgrado para su confirmación.

FIRMA

LUGAR Y FECHA: _____