|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |

Para legalizar mi admisión, anexo en este orden los siguientes documentos foliados (no legajados):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documentos | SI | NO |
| **1.** Una fotografía reciente, tamaño 3x4 cm. (Pegar en el recuadro superior izquierdo de este formato). | ☐ | ☐ |
| **2.** Fotocopia legible del documento de identidad (Cédula, tarjeta de identidad,contraseña, cédula de extranjería), tamaño normal. | ☐ | ☐ |
| **3.** 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 tendráen cuenta el reporte del SISBEN. | ☐ | ☐ |
| **4.** Fotocopia del diploma de bachiller que incluya fecha de grado legible | ☐ | ☐ |
| **5.** Constancia original del valor pagado por pensión en el grado once, expedida por el Rector o Tesorero del colegio. | ☐ | ☐ |
| **6.** Copia de la tarjeta de resultados del examen ICFES (SABER 11-aportar únicamente la página donde aparecen sus datos personales). | ☐ | ☐ |
| **7.** Si votó en las últimas elecciones, anexar fotocopia de certificado electoral | ☐ | ☐ |
| **8.** Examen foniátrico y audiométrico. Únicamente para **FONOAUDIOLOGÍA** | ☐ | ☐ |
| **9.** Certificado de vacunación contra hepatitis B, tétano y la dosis única de varicela.Únicamente para **MEDICINA- ENFERMERÍA – FISIOTERAPIA y FONOAUDIOLOGÍA.** | ☐ | ☐ |
| **10. En caso de presentar alguna discapacidad:** Certificado de discapacidad expedido por la Secretaría de Salud(si lo tiene) o certificado médico. | ☐ | ☐ |
|  |
| **Documentos para aplicar como potencial beneficiario a Política de Gratuidad**Si cuenta con uno de los siguientes documentos, deberá aportarlo | SI | NO |
| **1.** Reporte de resultados de la clasificación del SISBEN IV |  |  |
| **2.** Registro Único de Víctimas de la UARIV |  |  |
| **3.** Certificado expedido por el Ministerio del Interior para poblaciones indígenas, Rrom,comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras |  |  |
| **4.** Certificación expedida por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC,para población privada de la libertad. |  |  |

**Nota:** Si el Ministerio de Educación no asume el costo de su matrícula financiera, la Universidad del Cauca podrá cobrar el valor faltante al estudiante.

**FIRMA DEL ASPIRANTE**

Revisó Fecha: Nº Folios:

**DESPRENDIBLE DE RECIBIDO**

**Nombre del aspirante:**

**Identificación:**

**Programa:**

**Periodo académico: 1 Año:**

**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 recibirá documentación incompleta, extemporánea ni se adicionarán o cambiarán documentos posteriores a la entrega.

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