|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 (1) fotografía reciente, tamaño 3x4 cm.
 | [x]  | [x]  |
| 1. Fotocopia legible del documento de identidad (Cédula, tarjeta de identidad, contraseña, cédula de extranjería), tamaño normal.
 | [x]  | [x]  |
| 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.
 | [x]  | [x]  |
| 1. Fotocopia del diploma de bachiller que incluya fecha de grado legible
 | [x]  | [x]  |
| 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) | [x]  | [x]  |
| 1. Copia de la tarjeta de resultados del examen ICFES (SABER 11).
 | [x]  | [x]  |
| 1. Certificado de Presentación Prueba PTIES
 | [x]  | [x]  |
| 1. Si votó en las últimas elecciones, anexar fotocopia de certificado electoral
 | [x]  | [x]  |
| 1. Examen foniátrico y audiométrico. Únicamente para **FONOAUDIOLOGÍA**
 | [x]  | [x]  |
| 1. Certificado de vacunación contra hepatitis B, tétano y la dosis única de varicela. Únicamente para **MEDICINA- ENFERMERÍA – FISIOTERAPIA y FONOAUDIOLOGÍA.**
 | [x]  | [x]  |
| 1. Reporte de resultados de clasificación SISBEN IV
 | [x]  | [x]  |

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

**FIRMA DEL ASPIRANTE**

 Revisó       Fecha:       Nº Folios:

 **DESPRENDIBLE DE RECIBIDO**

 **Nombre del aspirante:       Identificación:**

 **Programa:**

 **Periodo académico 1      2**

 **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 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**.