

| I. DATOS PERSONALES | | |
|--|---|--|
| Apellidos: | Nombres: | Número de documento de identidad: |
| Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar de nacimiento: Municipio: _____ Departamento: _____ País: _____ | | |
| Estado civil: | Dirección de procedencia Municipio: _____ Departamento: _____ | Teléfono lugar de procedencia: |
| Tipo de sangre: Rh: | Factor Rh: | Servicio de salud (Especifique la EPS, IPS o Caja de Compensación a la que se encuentra afiliado): |
| Celular: | Correo electrónico: | Universidad: |
| Facultad: | Programa curricular: | P.B.M. (Puntaje básico de matrícula): |
| Promedio académico: | Fecha de ingreso a la universidad: | Porcentaje de avance: |
| Se reconoce como: Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mulato <input type="checkbox"/> Rom <input type="checkbox"/> Negro: <input type="checkbox"/> Ninguno: <input type="checkbox"/> Si es indígena, indique la comunidad a la que pertenece: | | |
| Presenta alguna discapacidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: | Se encuentra en situación de desplazamiento forzado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| II. DATOS FAMILIARES | | |
| Nombre del padre: | Vive: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ocupación: |
| Dirección de residencia: | Teléfono del padre: | Correo electrónico: |
| Nombre de la madre: | Vive: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ocupación: |
| Dirección de residencia: | Teléfono de la madre: | Correo electrónico: |
| Número de hermanos: | Estrato: | Tipo de vivienda Arrendada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> |
| III. DATOS SOCIOECONÓMICOS | | |
| De quién depende económicamente: | ¿Recibe algún apoyo de la Universidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: | ¿Recibe algún apoyo externo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: |
| Red de apoyo en Bogotá: Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Dirección de residencia: _____ | | |
| Firma del solicitante: | Concepto Comité de Admisiones: | |