|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. INFORMACIÓN BÁSICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRIMER APELLIDO** | | | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | | | **NOMBRES** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **TI** |  | **CC** |  | **CE** |  | **NO. DOCUMENTO** | |  | | | | **FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN** | | |  | | | | | | | |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | | **T DE SANGRE(Rh)** | | **ESTADO CIVIL** | | | **SEXO BIOLÓGICO** | | | | | | **NO. LIBRETA MILITAR** | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | | | **M** | |  | **F** | |  |  | |
| **POBLACIÓN VULNERABLE** | | | | | | **DESPLAZADA** | | |  | | **AFROCOLOMBIANO** | |  | | **INDIGENA** | | | | | |  | |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | | | | | | | | |  | | **OTRO ¿Cuál?** | |  | | | | | | | | | |
| **SEGURIDAD SOCIAL** | | | | | | **EPS** |  | | **ARS** | |  | **¿Cuál?** | |  | | | | | | | | |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | | | | | | **DIRECCION DE RESIDENCIA** | | | | | | **BARRIO** | | | | | | | | | **ESTRATO** | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | | | | | | | | | | | | **TELEFONO CELULAR** | | | | | | | | | **TELEFONO FIJO** | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| **AUTORIZACIÓN ACUERDOS DE COMUNICACIÓN**  **¿AUTORIZA A COTECNOVA PARA ENVIARLE INFORMACIÓN POR SMS, MENSAJERIA INSTANTANEA, CORREO ELECTRÓNICO, CORREO FÍSICO A LA INFORMACIÓN PERSONAL REPORTADA?** | | | | | | | | | | | | | | | | **SI** | | |  | | **NO** |  |
| **AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro conocer la Política Tratamiento de datos disponible en [www.cotecnova.edu.co](http://www.cotecnova.edu.co) concordante con los derechos que le otorga la Ley 1581 de 2012, tales como conocer, actualizar, rectificar y eliminar mis datos personales los cuales reposan en las bases de datos de la institución y, en ese sentido, autorizo a Corporación de Estudios Tecnológicos del Norte del Valle para la finalidad establecida respecto al desarrollo de los compromisos contractuales que incluyen que mis datos personales sean almacenados en la base de datos alojada en los servidores de la Institución, custodiados mediante el empleo de herramientas de seguridad, usados por la Corporación de Estudios Tecnológicos del Norte del Valle para tener un contacto directo con la Institución y para enviar información general, programación de eventos, facturación y actualizaciones de datos, entre otras actividades. Me obligo a mantener mi información personal actualizada, suministrando dicha información una vez sea requerida por la Corporación de Estudios Tecnológicos del Norte del Valle, obligándome a suministrar una información completa y veraz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. INFORMACIÓN ACADÉMICA** | | | | | |
| **NIVEL** | **INSTITUCION** | **OFI** | **PRIV** | **AÑO** | **TITULO OBTENIDO** |
| **SECUNDARIA** |  |  |  |  |  |
| **TECNICOS** |  |  |  |  |  |
| **TECNOLÓGICOS** |  |  |  |  |  |
| **OTROS** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. INFORMACIÓN LABORAL** | | | |
| **NOMBRE EMPRESA** | | **CARGO ACTUAL** | **ANTIGÜEDAD** |
|  | |  |  |
| **TELEFONO LABORAL** | **CORREO ELECTRÓNICO LABORAL** | | **RANGO DE INGRESOS EN SMMLV** |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. INFORMACIÓN DE CAMBIO DE NIVEL** | | | | | | | | |
| **PROGRAMA SOLICITADO** |  | | | | **PERIODO ACADÉMICO** |  | | |
| **JORNADA ACADÉMICA** |  | **DIURNA** |  | **NOCTURNA** | |  | **FIN DE SEMANA** |  |
| **DATOS CAMBIO DE NIVEL** | | | | | | | | |
| **PROGRAMA DE ORIGEN** |  | | | | | | | |
| **SEMESTRES CURSADOS** |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V. INFORMACIÓN CONTACTO ADICIONAL (Persona que se pueda contactar en caso de urgencia o mensaje)** | | | |
| NOMBRE |  | PARENTESCO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  | TELEFONO |  |
| DIRECCIÓN |  | CIUDAD |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTA SOLICITUD ES VÁLIDA CON LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y ÚNICAMENTE PARA EL PERÍODO ACADÉMICO EN QUE SE PRESENTÓ** | | |
| Declaro que la información consignada y anexa a este formulario es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud en estos documentos podrá ocasionar el rechazo de esta solicitud. | | |
| **FECHA** | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nota:** En caso de tratarse de un menor de edad se requiere la firma del padre de familia o acudiente autorizando. | | |
| **ACUDIENTE** |  |  |
| **TELÉFONO** |  | **FIRMA AUTORIZANDO** |