

Anexo 5
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:
MAESTRÍAS DE INVESTIGACIÓN Y DOCTORADOS

**Dirección
de
Posgrados**



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:
MAESTRÍAS DE INVESTIGACIÓN Y DOCTORADOS

IMPORTANTE:

1. Diligenciar el siguiente formulario en medio digital y letra imprenta.
2. Cualquier información adicional que no disponga de suficiente espacio en este formulario, puede anexarla en una hoja adicional debidamente firmada.
3. Lea cuidadosamente el formulario antes de diligenciarlo.

Inscripción No.			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> </tr> </table>	AÑO	MES	DIA
AÑO	MES	DIA	
Fecha:			

NOMBRE DEL PROGRAMA DE POSGRADO AL QUE ASPIRA:

DATOS PERSONALES

Fotografía tipo documento del aspirante
--

NOMBRES Y APELLIDOS:		
LUGAR DE NACIMIENTO (Departamento - Municipio):	FECHA DE NACIMIENTO (DD-MM-AAAA):	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD [C.C. – C.E.]:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	
LIBRETA MILITAR No.	CLASE Y DISTRITO MILITAR:	EXPEDIDA EN:
GRUPO SANGUÍNEO:	EDAD:	ESTADO CIVIL:
EMPRESA DONDE LABORA:	DIRECCIÓN:	CIUDAD:
SUPERIOR INMEDIATO:	TELÉFONO OFICINA:	FAX OFICINA:
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD:	TELÉFONO RESIDENCIA:
TARJETA PROFESIONAL:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:

INFORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL (Iniciar con la más reciente)

INSTITUCIÓN	TÍTULO ACADÉMICO OTORGADO	AÑO DE GRADUACIÓN	PROMEDIO ARITMÉTICO

PREMIOS Y DISTINCIONES ACADÉMICAS O PROFESIONALES					
NOMBRE DEL PREMIO O DISTINCIÓN	INSTITUCIÓN QUE LA OTORGÓ	REGIONAL, NACIONAL O INTERNACIONAL		AÑO	
SEMINARIOS, CURSOS O DIPLOMADOS REALIZADOS					
NOMBRE			INSTITUCIÓN	DURACIÓN [HORAS]	
HERRAMIENTAS TIC QUE MANEJA O HA DESARROLLADO EL ASPIRANTE					
IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO [% ó Nivel MCER*]				INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA EL NIVEL
	HABLA	LEE	ESCRIBE	TOTAL	

* Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas (A1, A2, B1, B2, C1, C2).

EXPERIENCIA DOCENTE E INVESTIGATIVA (Iniciar con la vinculación actual)

ENTIDAD	CARGO / PROYECTO	TIPO Docente / Investigador	CONTACTO (Nombre y Cargo, Teléfono o Correo-e)	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN

Modalidad del Trabajo de Grado desarrollado en Pregrado (Graduados UIS):

PUBLICACIONES, ARTÍCULOS Y PONENCIAS (Iniciar con la mas reciente)

TÍTULO	AUTORES	DATOS DE PUBLICACIÓN / EVENTO / EDITORIAL Y EDICIÓN	LUGAR / FECHA	CATEGORÍA COLCIENCIAS (A1, A2, B, C)

ASPECTOS GENERALES

Sufragó en las Últimas Elecciones: SI () NO () – Certificado Electoral No. _____, Fecha: _____

EXPONGA BREVEMENTE SU MOTIVACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE POSGRADO:

¿QUÉ OBJETIVOS PROFESIONALES INTENTA LOGRAR UNA VEZ CONCLUÍDOS SUS ESTUDIOS DE POSGRADO?

INDIQUE EL GRADO DE COMPROMISO CON EL QUE ASUMIRÍA SUS ESTUDIOS DE POSGRADO (%):

FACTORES QUE PODRÍAN INFLUIR NEGATIVAMENTE EN SU PERMANENCIA EN LA TOTALIDAD DEL PROGRAMA:

FORMA COMO TIENE PREVISTO CUBRIR LA INVERSIÓN ECONÓMICA REQUERIDA POR EL PROGRAMA:

HA SOLICITADO ADMISIÓN A PROGRAMAS DE POSGRADO ANTERIORMENTE: SI () NO ()	FECHA		
INSTITUCIÓN:	AÑO	MES	DIA
PROGRAMA:			
ESTÁ CURSANDO UN PROGRAMA DE POSGRADO ACTUALMENTE: SI () NO ()	FECHA		
INSTITUCIÓN:	AÑO	MES	DIA
PROGRAMA:			

Certifico que la información suministrada en este documento es cierta y autorizo a la UIS para verificarla y consultar mi nombre en centrales de riesgo crediticio, así como reportarme ante las mismas en caso de morosidad de pago. La comprobación de falsedad o tergiversación de los datos suministrados invalida la presente solicitud. En caso de ser admitido me comprometo a cumplir con todas las normas y reglamentos de la UIS, aceptando las responsabilidades propias de los miembros de la comunidad universitaria, el proyecto educativo del programa y acatar las decisiones de las diferentes autoridades universitarias. Declaro que no me encuentro suspendido del ejercicio de mi profesión y bajo la gravedad de juramento indico que no me encuentro sujeto a inhabilidad, incompatibilidad, impedimento, conflicto de interés o prohibición alguna para ser admitido como estudiante de posgrado de la UIS.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CÉDULA DE CIUDADANIA: _____