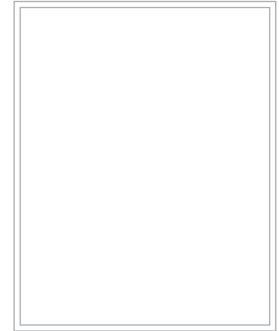




# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD MATRÍCULA DE ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-IE-PRE-02 . Versión 02 • FECHA: 08-05-2019

## HOJA DE VIDA ESTUDIANTES DE PREGRADO



Programa:

### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:			
Documento:	Número:	De:	
Fecha de nacimiento:		País - ciudad de origen:	
Género:	Estado civil:		No. de hijos:
Grupo sanguíneo:	EPS:	Caja de compensación:	

### DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de domicilio:	
Correo electrónico:	
Teléfono fijo:	Celular:

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del padre:		Teléfono fijo:	
Dirección:		Celular:	
Profesión u oficio:	Tel. del trabajo:	¿Vive con el?: SI NO	
Nombre de la madre:		Teléfono fijo:	
Dirección:		Celular:	
Profesión u oficio:	Tel. del trabajo:	¿Vive con el?: SI NO	

Si usted no vive con sus padres, por favor indique con quién vive:

Nombre:		Parentesco:	
Celular:	Tel. fijo:	Mail:	



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD MATRÍCULA DE ESTUDIANTES DE PREGRADO

CÓDIGO: F-IE-PRE-02 . Versión 02 • FECHA: 08-05-2019

## HOJA DE VIDA ESTUDIANTES DE PREGRADO

### INFORMACIÓN ACADÉMICA

Ha realizado otros estudios a nivel:	Técnico: <input type="text"/>	Tecnológico: <input type="text"/>
	Profesional: <input type="text"/>	Ninguno: <input type="text"/>
Programa:	Año:	
Institución:	Semestres cursados:	
Graduado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Título obtenido:	

### INFORMACIÓN LABORAL

¿Trabaja actualmente?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de la empresa:
Cargo:	Fecha de ingreso:

### ACUDIENTE

Nombre:	Parentesco:	
Celular:	Tel. fijo:	Mail:

### REFERENCIA FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	
Celular:	Tel. fijo:	Mail:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

**ANEXO DEL MANUAL TÉCNICO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

PDP04-08-01 . Versión: 01 . Fecha: 06-05-2019

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**  
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL - HOJA DE VIDA - ASPIRANTE / ESTUDIANTES

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS identificada con NIT 860.051.853-4 es responsable del tratamiento de datos personales y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar y usar su información personal para las siguientes finalidades: 1. Formalizar procedimientos o actividades de inscripción a los diferentes programas académicos de la FUCS. 2. Informarle sobre inducciones, admisiones o entrevistas 3. Realizar análisis e informes estadísticos 4. Atender preguntas o inquietudes, y entregar información sobre las actividades institucionales, los programas académicos, el proceso de admisión y demás aspectos institucionales. 5. Informar sobre cambios en programas académicos o servicios institucionales. 6. Adelantar campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. 7. Responder a obligaciones, deberes, mandatos y/o requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales. 8. Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono, redes sociales u otros medios. 9. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con el titular. 10. Efectuar reportes y solicitudes ante el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, al Sistema de Aseguramiento de la Calidad en Educación Superior, al Sistema para la Prevención de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior - SPADIES, al Observatorio Laboral para la Educación, y demás sistemas de información del Ministerio de Educación Nacional. 11. Conocer datos demográficos y familiares del aspirante, para fines estadísticos y de conocimiento del cliente. . Así mismo, se le informa que como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Si desea no autorizar alguna finalidad, limitar el tratamiento o ejercer sus derechos puede presentar una solicitud escribiéndonos al correo electrónico pqr@fucsalud.edu.co. Consulte nuestra política, los procedimientos y requisitos escribiendo al correo mencionado o directamente en nuestras instalaciones ubicadas en la carrera 19 n° 8° -32. Al diligenciar la siguiente información otorgo consentimiento a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS para que trate mi información personal de acuerdo con las finalidades descritas y manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad. Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a www.fucsalud.edu.co para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

	Nombre	Firma	Fecha
Aspirante / Estudiante			D M A

**ANEXO DEL MANUAL TÉCNICO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

PDP04-08-04 . Versión: 01 . Fecha: 06-05-2019

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**  
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL - HOJA DE VIDA – TERCERO REFERIDO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS identificado con NIT 860,051,853 - 4 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: 1. Adelantar procedimientos administrativos internos o de ley. 2. Llevar a cabo la gestión de aspectos contables y tributario. 3. Realizar la verificación de datos y referencias. 4. Informar de emergencias médicas u otras situaciones de riesgo asociadas a un aspirante o estudiante. 5. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social. 5. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia de seguridad y salud en el trabajo. 6. Atender requerimientos de autoridad judicial o administrativa. 7. Adelantar campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. 8. Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono u otro medio. 9. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con el titular. Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Si desea no autorizar alguna finalidad, limitar el tratamiento o ejercer sus derechos puede presentar una solicitud escribiéndonos al correo electrónico pqr@fucsalud.edu.co. Consulte nuestra política, los procedimientos y requisitos escribiendo al correo mencionado o directamente en nuestras instalaciones ubicadas en la carrera 19 n° 8° -32. Al diligenciar la siguiente información otorgo consentimiento a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS para que trate mi información personal de acuerdo con las finalidades descritas y manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad. Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a www.fucsalud.edu.co para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

	Nombre	Firma	Fecha
Padre			D M A
Madre			D M A
Acudiente			D M A