PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
JAVERIANA
Cali
NIT: 860.013.720-1

# HOJA DE MATRICULA PERIODO INTERSEMESTRAL

| FECHA | Dia | Mes | Año | No. |
|---|---|---|---|---|

| PAGO | | |
|---|---|---|
| NORMAL | | RECIBO DE PAGO No. |
| EXTRAORDINARIO | | |
| EXTEMPORTANEO | | |

| PROGRAMA O CARRERA | PERIODO | AÑO |
|---|---|---|
| | | |

| I.D. DEL ESTUDIANTE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|---|
| | | | |

| CODIGO ASIGNATURA | | CREDITOS | NOMBRE ASIGNATURA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TOTAL CREDITOS

NOTA: FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO COMPLETO

***Vo.Bo. DIRECTOR DE PROGRAMA*** _____

| INFORMACION PERSONAL | | |
|---|---|---|
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD NO. C.C. ☐ T.I. ☐ C.EXT ☐ EXPEDIDA EN: | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | TELÉFONO | CIUDAD |
| | | |
| NOMBRE PADRE O ACUDIENTE | | CEDULA |
| | | |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO | CIUDAD |
| | | |

CERTIFICO QUE TENGO PROTECCIÓN EN SALUD VIGENTE EN LA SIGUIENTE E.P.S. ó MEDICINA PREPAGADA

CELULAR DEL ESTUIDIANTE _____

NOMBRE E.P.S. ó MEDICINA PREPAGADA _____

FIRMA DEL ESTUIDIANTE _____

OBSERVACIONES _____

CON LA FIRMA DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA