PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
JAVERIANA
Cali
NIT: 860.013.720-1

HOJA DE MATRICULA

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	No, DE CLASE	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 ESTUDIANTE _____

NOMBRE E.P.S. ó MEDICINA PREPAGADA _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

OBSERVACIONES _____

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