



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN

(Llenar a máquina o letra legible)

Programa académico para el que aplica:

**PROGRAMA DE DIPLOMADO EN DIRECCIÓN,
GERENCIA Y GESTIÓN HOSPITALARIA**
Sedes: Sucre - La Paz - Cochabamba - Santa Cruz

I. DATOS PERSONALES

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Fecha y lugar de nacimiento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año	Ciudad	Departamento	País

<input type="text"/>
Nacionalidad

<input type="text"/>
Número de Carnet de Identidad / Pasaporte

Dirección domiciliaria:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle / Número	Ciudad	País

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Teléfono	Número de Celular	Correo Electrónico

Dirección laboral:

<input type="text"/>
Institución

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle / Número	Ciudad	País

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo Electrónico

Sede en la que participará del Programa de Maestría:

Sucre La Paz Cochabamba Santa Cruz

II. ESTUDIOS

Enumere las instituciones de educación a las que ha concurrido. Use el reverso de la hoja si es necesario.

Secundarios:

Institución, lugar	desde/hasta

Superiores:

Institución, lugar	desde/hasta

III. TITULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS

Mencione los grados o títulos que ha obtenido a nivel superior. Adjunte luego copia de los certificados y títulos.

Si aún no obtiene su título, pero espera tenerlo hasta antes de la fecha de inicio del Programa, indíquelo así en este casillero.

Universidad / Institución	Título Obtenido	Año

IV. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mencione las actividades profesionales no docentes o investigativas realizadas, especialmente aquellas relevantes en el Programa para el que presenta esta solicitud. Use el reverso si es necesario.

Institución	Funciones	desde/hasta

V. EXPERIENCIA DOCENTE

Mencione las actividades docentes de nivel medio y superior realizadas. Use el reverso si es necesario.

Institución	Funciones	desde/hasta

VI. IDIOMAS

Indique con un visto ✓ su apreciación sobre su nivel en idiomas extranjeros. De ser necesario añada otros en el casillero. Los aspirantes cuyo idioma materno no sea el castellano, deberán establecer su nivel en este idioma.

IDIOMA	LECTURA				ESCRITURA			
	muy buena	buena	limitada	ninguna	muy buena	buena	limitada	ninguna
Inglés								

VII. MANEJO DE SOFTWARE

Indique su nivel de conocimientos en:

	CONOCIMIENTO			
	Ninguno	Básico	Medio	Avanzado
Word				
Excel				
Power Point				
SPSS				
Internet				
Correo Electrónico				

VIII. Servicios de Internet y Correo Electrónico

Cuenta en su hogar con estos servicios?

Si

No

IX. OTROS DATOS

Proporcione en este espacio los datos no incluidos en los casilleros anteriores y que crea deben ser considerados (becas, distinciones académicas, membrecía de instituciones, etc.)

Fecha

Firma

SOLICITUDES FUERA DE SUCRE:

ENVIAR VIA COURIER EL FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO Y ACOMPAÑADO DE LA DOCUMENTACIÓN PARA SU FILE PERSONAL A:

Señores
Universidad Andina Simón Bolívar
Área de Salud
Calle Real Audiencia No. 73
Telf.: 591-4-6455931 – Cel.: 68212090
Sucre - Bolivia

REF.: (Nombre del Programa al que postula)