



**EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA**  
**ESCUELA DE LOGÍSTICA**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN POSGRADO**

Programa Especialización en Administración Hospitalaria  
 Registro Calificado 90476 – Ministerio de Educación Nacional

INFORMACIÓN PERSONAL						
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:				Fotografía 3.5 cm X 4.5 cm Fondo Blanco
Fecha de Nacimiento:		Tipo y número de Identificación:				
Lugar de nacimiento: Departamento	Lugar de nacimiento: Municipio	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino				
Fecha de Expedición:		Lugar de Expedición:				
No. Libreta Militar:	Clase:	Distrito Militar:	Ciudad:			
Elija su vinculación con las FFMM: <input type="radio"/> Miembro Activo <input type="radio"/> Conyugue o hijo <input type="radio"/> Hermano de un militar <input type="radio"/> Ninguna		FFMM al que Pertenece:	Grado Alcanzado:	Años de Servicio:		
INFORMACIÓN DE CONTACTO						
Correo Electrónico (Principal):			Correo Electrónico (Alternativo):			
Número Móvil:			Número Fijo (Domicilio):			
Dirección del Trabajo:			Barrio:			
Dirección de Domicilio:			Barrio:			
INFORMACIÓN ACADÉMICA						
Título Profesional		Ciudad	Departamento			
Universidad		Carácter <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado				
Seleccione otros estudios realizados por usted <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado		¿Desea un estudio de Homologación? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <small>Aplica Únicamente a estudiantes con posgrados realizados</small>				

**Importante:**

El pago de la inscripción y el diligenciamiento del formulario NO SON GARANTÍA DE INGRESO EN CALIDAD DE ESTUDIANTE A LA ESCUELA.

**Declaración de Veracidad:**

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y VERIFICABLE, ME COMPROMETO A ENTREGAR A LA ESCUELA DE LOGÍSTICA LOS COMPROBANTES QUE ME SEAN SOLICITADOS PARA VALIDACIÓN.

Firma

Identificación:

Índice Derecho
----------------