



FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año

Tenga en cuenta las fechas establecidas en el calendario académico para realizar esta solicitud.

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE						
Código Estudiante	Apellidos y Nombres		Tipo y Número de Documento de Identidad			
Código y Nombre del Programa Académico		Sede				
Teléfono(s) Fijo o Celular		Correo electrónico				
2. SOLICITUD						
Periodo académico a matricular:						
Trámite a realizar:	Matrícula Financiera Extemporánea	Sí	No	Matrícula Académica Extemporánea	Sí	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo de la solicitud (señale uno):						
Económico:	<input type="checkbox"/>	Otro:				
Personal:	<input type="checkbox"/>					
Laboral:	<input type="checkbox"/>					
Salud:	<input type="checkbox"/>					

Declaro conocer y aceptar el reglamento vigente, me acojo a los requisitos, fechas y procedimientos establecidos para llevar a cabo el trámite de matrícula académica. Soy consciente que es indispensable encontrarme a Paz y Salvo por todo concepto ante la Universidad, de igual manera entiendo que las matrículas que se registran de forma extemporánea, causarán derechos económicos por este concepto (Artículo 18 del Acuerdo 007 de 1996 Consejo Superior). Teniendo en cuenta lo anterior solicito matrícula extemporánea de posgrado.

Firma del Estudiante

3. PARA SER DILIGENCIADO POR EL DIRECTOR DE PROGRAMA ACADÉMICO		CUMPLE
SELLO DE RECIBIDO PROGRAMA ACADÉMICO FECHA:	Tiene registrada la totalidad de las calificaciones	<input type="checkbox"/>
	No excede el tiempo autorizado para la obtención de su título	<input type="checkbox"/>
	No presenta situación de bajo rendimiento académico (Artículo 35 del Acuerdo 007 de 1996 Consejo Superior)	<input type="checkbox"/>
	El estudiante realizó la solicitud ante el programa académico en las fechas establecidas	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los requisitos mencionados anteriormente no se cumple, no será posible continuar con el trámite.

Firma y Sello del Director de Programa

Fecha de aprobación

Día	Mes	Año

4. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE REGISTRO ACADÉMICO		
Revisado por:	No. y Fecha de Resolución Vicerrectoría Académica	Observaciones
Fecha:		