



FECHA DE
SOLICITUD

Día	Mes	Año

Tenga en cuenta los requisitos establecidos en el Artículo 20 del Acuerdo 007 de 1996 Consejo Superior para realizar esta solicitud.

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
CÓDIGO ESTUDIANTE	APELLIDOS	NOMBRE COMPLETO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
CÓDIGO DEL PROGRAMA	NOMBRE DEL PROGRAMA ACADÉMICO	SEMESTRE	SEDE	PERIODO ACADÉMICO
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		

2. SOLICITUD				
CÓDIGO ASIGNATURA	GRUPO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	ADICIONAR	CANCELAR
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PARA SER DILIGENCIADO POR EL DIRECTOR DE PROGRAMA ACADÉMICO				
CUMPLE REQUISITOS		RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DE PROGRAMA		OBSERVACIÓN
A.	B.	ACEPTADO		
		SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MOTIVO DE LA SOLICITUD

NOTA: LA COLUMNA CUMPLE REQUISITOS DEBE SER DILIGENCIADA ÚNICAMENTE EN CASO DE QUE EL ESTUDIANTE SOLICITE **CANCELACIÓN** DE ALGUNA ASIGNATURA

REQUISITO A: Cuando en el momento de solicitar la cancelación no se ha llevado a cabo ninguna evaluación, o en su defecto el estudiante tenga una calificación promedio en el curso de por lo menos tres punto cero (3.0)

REQUISITO B: Cuando no haya transcurrido más del 25% del tiempo programado para la asignatura o actividad

Declaro conocer y aceptar el reglamento vigente, me acojo a los requisitos, fechas y procedimientos establecidos para llevar a cabo el trámite de Adición y/o Cancelación de Asignaturas. Entiendo que toda Adición y/o Cancelación de Asignaturas que se registre de forma extemporánea, causará derechos económicos por este concepto (Artículo 20 del Acuerdo 007 de 1996 Consejo Superior). Teniendo en cuenta lo anterior solicito adicionar y/o cancelar las asignaturas relacionadas.

Firma del Estudiante

Firma y Sello del Director de Programa

Fecha de
aprobación

Día	Mes	Año

SELLO DE RECIBIDO PROGRAMA ACADÉMICO

FECHA:

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