



Fecha	Día	Mes	Año

INFORMACIÓN SOLICITUD							
Código Estudiante		Apellidos y Nombres Solicitante			Periodo Académico Vigente		
Código y Nombre del Programa Académico				Sede	Semestre		
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil		E-mail				
Motivo de la Cancelación (señale uno):							
<input type="checkbox"/> Factores Económicos <input type="checkbox"/> Incompatibilidad Laboral <input type="checkbox"/> Fuerza Mayor o Caso Fortuito <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Enfermedad Certificada por el Servicio Médico Universitario							
Adjuntos (Debe entregar carné o denuncia por pérdida, pago de estudio de extemporaneidad académica y soportes):							
<input type="checkbox"/> Carné Estudiantil <input type="checkbox"/> Soporte que Sustentan la Solicitud <input type="checkbox"/> No adjunta Carné, Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Recibo Pago Extemporaneidad Académica No. _____							
Firma de la solicitud			Aprobación de la solicitud				
Conociendo el reglamento vigente, los requisitos y procedimiento para reingresar, solicito cancelar la matrícula académica del periodo vigente.			Acta de Aprobación No. _____ de <input type="checkbox"/> Comité de Programa Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Consejo de Fac / Inst Comité de Regionalización				
_____			_____				
Firma del Estudiante			Firma Autorizada				
PAZ Y SALVOS (Solicite la firma y sello en cada una de las 4 dependencias indicadas)							
Dependencia	Fecha Expedición			Dependencia	Fecha Expedición		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
BIBLIOTECA				BIENESTAR UNIVERSITARIO			
_____				_____			
Firma y Sello Autorizados				Firma y Sello Autorizados			
Dependencia	Fecha Expedición			Dependencia	Fecha Expedición		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
COORDINACIÓN ACADÉMICA FACULTAD / INSTITUTO				MATRÍCULA FINANCIERA			
_____				_____			
Firma y Sello Autorizados				Firma y Sello Autorizados			
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE REGISTRO ACADÉMICO							
Sello de Recibido		Nombre de quien procesa			Observaciones		
Fecha:		Fecha:					