VICERRECTORÍA ACADÉMICA
División de Admisiones y Registro Académico
Área de Registro Académico

CANCELACIÓN EXTEMPORÁNEA DE SEMESTRE

Fecha	Día	Mes	Año

INFORMACIÓN SOLICITUD			
Código Estudiante	**Apellidos y Nombres Solicitante**	**Período Académico Vigente**	
Código y Nombre del Programa Académico		**Sede**	**Semestre**
Teléfono Fijo	**Teléfono Móvil**	**E-mail**	

Motivo de la Cancelación (señale uno):

☐ Factores Económicos ☐ Incompatibilidad Laboral ☐ Fuerza Mayor o Caso Fortuito
☐ Calamidad Doméstica ☐ Enfermedad Certificada por el Servicio Médico Universitario

Adjuntos (Debe entregar carné o denuncio por perdida, pago de estudio de extemporaneidad académica y soportes):

☐ Carné Estudiantil ☐ Soporte que Sustentan la Solicitud
☐ No adjunta Carné, Motivo:_____ ☐ 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 período vigente.	Acta de Aprobación No. de Fecha: ☐ Comité de Programa ☐ 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 Día	Mes	Año	Dependencia	Fecha Expedición Día	Mes	Año
BIBLIOTECA				**BIENESTAR UNIVERSITARIO**			
Firma y Sello Autorizados				**Firma y Sello Autorizados**			
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:**	

(Si desea una versión digital del formulario, una vez esté diligenciado utilice los programas "pdfcreator" o "Dopdf", los cuales le permitirán convertir el archivo a pdf y así podrá guardarlo)