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

Universidad del Valle

SOLICITUD CANCELACIÓN EXTEMPORÁNEA DE MATRÍCULA ACADÉMICA

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 pago de estudio de extemporaneidad académica y soportes):

☐ Soporte que Sustentan la Solicitud ☐ 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 ☐ Comité de Programa Fecha: ☐ Conseio de Facultad ☐ 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				**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 puede guarde el archivo y/o imprimir como PDF)