



**CANCELACIÓN ORDINARIA  
DE MATRICULA ACADÉMICA**

Fecha	Día	Mes	Año

Pregrado: Válido hasta la 10a semana del período académico vigente.  
Posgrado: Válido durante el primer tercio del período académico vigente.

INFORMACIÓN SOLICITUD							
Código Estudiante	Nombre Solicitante (Apellidos y Nombres)			Período 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"/> Económico <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro, cual _____							
Adjuntos: (Señale uno):							
<input type="checkbox"/> Carné Estudiantil <input type="checkbox"/> No adjunta Carné, Motivo: _____							
Firma de la solicitud							
Conociendo el reglamento vigente, los requisitos y procedimiento para reingresar, solicito cancelar la matrícula académica del período vigente.							
_____							
Firma del Estudiante							
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:					