

PARA:		DEPENDENCIA:	
COPIA:		DEPENDENCIA:	
DE:		DEPENDENCIA:	
FECHA DE LA SOLICITUD:		SEDE:	

TIPO DE OPCIÓN ACADÉMICA:	*MINOR:	CREACIÓN DE EMPRESAS E INNOVACIÓN:
----------------------------------	----------------	---

*TIPO DE OFERTA:	*PERIODO:	*GRUPO:
-------------------------	------------------	----------------

Nombre de la opcion academica:													
Cursos	Créditos	Semana	Fecha Inicio			Fecha Finalizacion			Profesores				
			dd	mm	aa	dd	mm	aa	ID	Nombre completo			
		1											
		2											
		3									INTERNO		EXTERNO
		4											
		5											
		6									INTERNO		EXTERNO
		7											
		8											
		9									INTERNO		EXTERNO
		10											
		11											
		12									INTERNO		EXTERNO
		13											
		14											
		15									INTERNO		EXTERNO
Total de créditos:		0											

** Se requiere el VoBo de la dirección de posgrado, cuando el minor es homologado con los cursos de posgrados de la Universidad Simón Bolívar

Firma Coordinador Opción Académica

**VoBo Firma Director de Posgrado /
Jefe Posgrados

VoBo Firma Vicerrectoría Académica / Dirección
Académica y de Autoevaluación