

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL ESTUDIANTE			
Apellidos Segundo Segundo		Nombre(s) Juan Emmanuel	
Documento de Identificación 1046669700			
Programa Académico Tecnología sistemas de Información		Semestre 4	Sede
Dirección Cra 42 A # 23-45 Apto 19-17, Calasanz Pácora		Correo electrónico juanemargo98@gmail.com	
Teléfono 3182024296			
MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE MODIFICACIÓN			
<div><div>CANCELACIÓN DE SEMESTRE</div><div>CAMBIO DE JORNADA</div><div>READMISIÓN</div><div>TRANSFERENCIA INTERNA</div><div>ASIMILACIÓN DE PENSUM</div></div> <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input checked="" type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Programa al que aspira</div> <div></div> <div>JORNADA: DIURNA<input type="checkbox"/> NOCTURNA<input type="checkbox"/></div>		<div><div>INCLUSIÓN DE ASIGNATURA</div><div>Nombre de Asignatura: _____</div><div>Código de Asignatura: _____</div><div>CANCELACIÓN DE ASIGNATURA</div><div>Nombre de Asignatura: _____</div><div>Código de Asignatura: _____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div>	
OBSERVACIONES: _____			
MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN			
<div><div>DIFICULTAD ACADÉMICA</div><div>TRASLADO A OTRA INSTITUCIÓN</div><div>BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO</div><div>DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL</div></div> <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div>		<div><div>CAMBIO DE CIUDAD</div><div>DIFICULTADES FAMILIARES</div><div>UBICACIÓN LABORAL</div><div>ELECCIÓN EQUIVOCADA DE CARRERA</div></div> <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div>	
		<div><div>ENFERMEDAD ECONOMICOS</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>X</div></div>	
OTRO: En este momento me encuentro desempleado y no puedo continuar con el proceso de formación			
FECHA DE SOLICITUD: 27 / 07 / 2019		FIRMA DEL ESTUDIANTE	
D M A			
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR COORDINADOR			
CONCEPTO: Se prueba la cancelacion del semestre, se procedera a devolver el dinero cancelado por el valor del mismo. Se recomienda a estudiante acercarse a Institucion para recibir asesoria			
PROMEDIO ACUMULADO: 0 0			
NÚMERO		LETRAS	
		FIRMA COORDINADOR	
FECHA: 27 / 07 / 2019			
D M A			