|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de solicitud** | **DD** | **MM** | **AAAA** | **Tipo de Solicitante** | Estudiante: Activo [ ]  Inactivo [ ]  |
| Nombres y apellidos: |
| Código: | Correo electrónico: |
| Telefono: | Dirección: |
| **INFORMACIÓN DEL PROGRAMA COTERMINAL** |
| Programa de posgrado al que aspira:  |
| Promedio ponderado acumulado: |  |
| Numero de asignaturas faltantes para culminar estudios de pregrado: |
| *Manifiesto haber sido informado que la aprobación de la coterminalidad como modalidad supletiva de práctica profesional para programas académicos de pregrado es una medida transicional, y que el tiempo de vigencia será determinado por la Universidad en razón a que la pandemia del COVID-19 y sus efectos terminen. Así mismo, declaro que la información suministrada en el presente formato es veraz, y conozco, que si falto a la verdad, esta solicitud podrá darse por terminada si la Universidad así lo considera. Finalmente, entiendo que la presente solicitud no garantiza su aceptación por parte de la Universidad.*  |
| **Observaciones de solicitud:** |
|  |
|  |
| **RESPUESTA A LA SOLICITUD** |
| Aprobada:  |  |  Rechazada: |  |
| **NOMBRE MODULO** | **CREDITOS** | **PERIODO** | **FECHA INICIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **REGISTRO DE FIRMAS DE LA APROBACION**  |
| **Firma Dir Programa Pregrado** | **Firma Dir Programa Posgrado** |
| **Nombre:**  | **Nombre:** |
| **Firma Decano**  | **Firma Estudiante** |
| **Nombre:**  | **Nombre:** |
| **Fecha Respuesta:** |  |