|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO:** | PD-CAS001 |
| **VERSIÓN:** | V2 |
| **FECHA:** | 20/04/2023 |
| **PÁG:** 1 de  | 1 |



**SOLICITUD CANCELACIÓN -CAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CIUDAD | DÍA / MES / AÑO | **SUBSERIE** | **RADICADO** |
|  |  |  |   |

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Qué desea Cancelar?:** Asignatura(s) \_\_\_\_ Semestre Académico: \_\_\_\_\_

Para Asignaturas:

Nombre Asignatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Asignatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la cancelación (Asignatura o Semestre): .................................................................................................................................................................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

**REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO**

Carga académica inicial: Carga académica final

Asignaturas canceladas: 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nro de créditos a Cancelar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro y Control Académico

**ÁREA CONTABLE Y FINANCIERA**

Valor pagado por estudiante $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Forma de pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Constituye devolución: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha devolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor devolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área Contable y Financiera

**DESPRENDIBLE ESTUDIANTE**

Fecha de solicitud (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ Radicado

Nombres y apellidos estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELABORADO POR:** | **REVISADO POR:** | **APROBADO POR:** | **CONVENCIONES**  |
| NOMBRE: | NOMBRE: | NOMBRE: |  PD: Proceso Docente |
| CARGO: | CARGO: | CARGO: |  CAS: Cancela Asig/Semestre |
|  | Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la Institución | **SIACES 2023** |