

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS CONTABLES Y ECONÓMICAS**

**SOLICITUD DE EXAMEN DIFERIDO O SUPLETORIO**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Núm. C.C.
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Núm. C.C.
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS (___) CONTADURÍA PÚBLICA (___)			
PRIMER PARCIAL (___) SEGUNDO PARCIAL (___) EXAMEN FINAL (___) HABILITACIÓN (___)			
ASIGNATURA: _____ SEMESTRE: _____			
DOCENTE: _____			
Fecha en que el docente realizó el parcial: _____			
Fecha fijada por el Coordinador de Programa para el examen diferido: _____			
OBSERVACIONES: _____ _____ _____			

**CALIFICACIÓN OBTENIDA: \_\_\_\_\_ EN LETRAS: \_\_\_\_\_**

**NOTA:** Señor docente, agradecemos realizar la evaluación en la fecha fijada por la Coordinación de Programa, socializar la nota con el parcial al estudiante, y entregar este formato diligenciado a la Oficina de Registro y Control Académico anexando recibo de pago original, hacer entrega de este documento dentro de las fechas establecidas por el calendario académico vigente.

*El incumplimiento de lo anterior hace carecer de validez este documento.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador de Programa

\_\_\_\_\_  
Firma del Docente