

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