FORMATO PROGRAMACIÓN ACADÉMICA SEMESTRAL
GESTIÓN TECNOLÓGICA
Coordinación de Servicios Computacionales

Fecha:	
Departamento:	**Extensión:**
Nombre Director:	**Correo Contacto:**

CÓDIGO	GRUPO	NOMBRE CURSO	NOMBRE DOCENTE	SOFTWARE REQUERIDO	DÍA	HORA	SALA

SOLICITA (Firma y sello responsable del Dpto): **Nombre:**	**AUTORIZA (Firma y sello coordinador):** **Nombre:**