



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
PROCESO GESTIÓN ACADÉMICA  
FORMATO DE CANCELACIÓN DE SEMESTRE

CÓDIGO: R-GA-004
VERSIÓN: 6
FECHA: 21/05/2019
PÁGINA: 1 de 1

**1. DATOS DEL ESTUDIANTE**

FECHA      DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

No. CÉDULA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ No. CELULAR Y/O FIJO: \_\_\_\_\_

PROGRAMA: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_\_

**2. MOTIVO DE CANCELACIÓN**

**CARÁCTER INDIVIDUAL**

CAMBIO DE CARRERA       CAMBIO DE UNIVERSIDAD       INASISTENCIA

PROBLEMAS DE SALUD       PROBLEMAS PERSONALES       SERVICIO MILITAR

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO: \_\_\_\_\_

**CARÁCTER FAMILIAR**

CALAMIDAD DOMÉSTICA       PROBLEMAS FAMILIARES

CAMBIO DE DOMICILIO       VIAJE

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO: \_\_\_\_\_

**SOCIOECONÓMICO**

PROBLEMAS AUXILIO DE ESTUDIO       CRUCE HORARIOS JORNADA LABORAL

PROBLEMAS ECONÓMICOS       DEMORA EN LA APROBACIÓN DEL CRÉDITO

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

Relacione los anexos: (Documentos que sustenten la solicitud) \_\_\_\_\_

**3. RADICACIÓN**

FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA Y SELLO RECIBIDO SECRETARÍA ACADÉMICA	FIRMA Y SELLO FINALIZACIÓN DEL TRÁMITE SECRETARÍA ACADÉMICA	RECIBÍ RESPUESTA ESTUDIANTE      FIRMA
CONSECUTIVO			No. <input type="text"/>

La Secretaría Académica contará con tres días hábiles para notificar la aprobación del trámite. **IMPORTANTE:** La Secretaría Académica deberá notificar a través de e-mail cuando el trámite se de por terminado sin la presencia del solicitante. El trámite se realiza en los tiempos establecidos según el Calendario Académico y el Reglamento Estudiantil artículos 16 y 17. Todo trámite académico realizado después de las fechas estipuladas en el Calendario Académico, será remitido a la autoridad competente para su revisión y aprobación.