



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
PROCESO GESTIÓN ACADÉMICA  
FORMATO MODIFICACIÓN MATRÍCULA ACADÉMICA

CÓDIGO: R-GA002  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 18/04/2018  
PÁGINA: 1 de 1

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

FECHA:  D  M  AA

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

No. CÉDULA: \_\_\_\_\_ LUGAR DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

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

**CANCELACIONES**

CÓDIGO CURSO	GRUPO	NOMBRE DEL CURSO	NIVEL

Nota: Una vez cancelada la asignatura, ésta quedará inhabilitada para volver a matricular en el período vigente; será habilitada para matricularla en el siguiente período académico.

**ADICIONES**

CÓDIGO CURSO	GRUPO	NOMBRE DEL CURSO	Espacio exclusivo para Secretaría Académica			
			PENSUM	CRÉDITO	NIVEL	VALOR

**CAMBIO DE GRUPO**

GRUPO ORIGEN			NUEVO GRUPO	
CÓDIGO CURSO	GRUPO	NOMBRE DOCENTE	GRUPO	NOMBRE DOCENTE

**CAMBIO DE CURSO**

CURSO ORIGEN			NUEVO CURSO		
CÓDIGO CURSO	GRUPO	NOMBRE CURSO	GRUPO	NOMBRE CURSO	NOMBRE DOCENTE

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE MAS SE ADJUSTE A SU SOLICITUD:

CRUCE HORARIO  POR CIERRE DEL SISTEMA  OTROS

**RADICACIÓN**

FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA Y SELLO RECIBIDO SECRETARÍA ACADÉMICA	FIRMA Y SELLO FINALIZACIÓN DEL TRÁMITE SECRETARÍA ACADÉMICA	RECIBÍ RESPUESTA ESTUDIANTE FIRMA