|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | |
| **Apellidos y Nombres Completos** | | | | | **No. Documento** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **Teléfono Contacto** | **Correo Electrónico** | | | | **Fecha de Solicitud** | | | | | |
|  |  | | | | DD | | MM | | AAAA | |
| **DATOS DE SOLICITUD** | | | | | | | | | | |
| **Último período cursado** |  | | **Período a reingresar** | | |  | | | | |
| **Programa en el que se encontraba matriculado** |  | | | | | | | | | |
| **Motivo del retiro** |  | | | | | | | | | |
| **Solicitud Reingreso al mismo programa** | **Si No** | **Programa al que solicita reingreso** | |  | | | | | | |
| ***Nota: Artículo 19 Reglamento Estudiantil vigente:*** *El reingreso se podrá solicitar siempre y cuando no hayan transcurrido más de cuatro (4) períodos académicos desde el momento de su retiro formalmente legalizado.*  *Parágrafo: Si se demuestra certificación laboral o de estudio en el área respectiva, podrán analizarse propuestas de reingreso hasta con un máximo de cinco (5) años de su retiro formalmente legalizado*  ***ARTÍCULO 20:*** *B. Los estudiantes con solicitud de reingreso aprobado tendrán que acogerse al plan de estudios vigente al momento de regresar a la Institución* | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS** | | | | | | | | | | |
| **Anexos** | | | | | | | | **Recibido** | | |
| **Si** | | **No** |
| Certificación laboral *(aplica en caso de superar el tiempo establecido para el reingreso)* | | | | | | | |  | |  |
| Certificación estudios actualización *(aplica en caso de superar el tiempo establecido para el reingreso)* | | | | | | | |  | |  |
| Solicitud de homologación (*aplica en caso de solicitar cambio de programa)* | | | | | | | |  | |  |
| *Firma Solicitante*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Nombre:*  *Documento* | | | | | | | | | | |

Para uso exclusivo del Director de Unidad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISIÓN DE LA SOLICITUD** | | | | |
| Documentación Adjunta Suficiente SI NO | | | | |
| Documentación Aceptada Para Estudio SI NO | | | | |
| Fecha | DD | MM | AAAA |  |
| Firma Director de Unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |