



FORMATO SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DEL USO DEL DERECHO DE LA MATRICULA INICIAL POSGRADO

Fecha solicitud	DD	MM	AAAA
-----------------	----	----	------

DATOS PERSONALES			
Nombres y apellidos completos		Documento de identificación	
Facultad	Programa curricular	Teléfono	
Lugar de residencia (Ciudad, Departamento)	Acepta recibir la respuesta por @mail?		
	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PERIODO(S) SOLICITADO DE APLAZAMIENTO	<input type="checkbox"/>	(1) UN PERIODO	<input type="checkbox"/> (2) PERIODOS

Importante: El Aplazamiento del Uso del Derecho de Matrícula Inicial podrá ser otorgado hasta por dos (2) periodos académicos consecutivos (Acuerdos 059 de 2012 y 102 de 2015 del Consejo Académico). De **NO** utilizar el cupo, una vez vencido el periodo otorgado para el Aplazamiento, **perderá** el cupo obtenido.

CAUSAL SOLICITUD

DILIGENCIAR SÓLO EL ÁREA QUE CORRESPONDE AL MOTIVO DE SU SOLICITUD

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO ENFERMEDAD GRAVE DEL ADMITIDO	
MEDICO: _____	EPS: _____
ANEXOS:	<input type="checkbox"/> Copia de la Historia Clínica. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Certificado Médico. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Carta personal explicando la situación. (Opcional)

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR ESTUDIOS EN EL EXTERIOR	
INSTITUCIÓN: _____	PAÍS: _____
ANEXOS:	<input type="checkbox"/> Certificado de la Institución. (Obligatorio) CIUDAD: _____ <input type="checkbox"/> Copia de Pasajes. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Carta personal explicando la situación. (Opcional)

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR EMBARAZO	
MEDICO: _____	EPS: _____
ANEXOS:	<input type="checkbox"/> Copia de la Historia Clínica. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Certificado Médico. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Carta personal explicando la situación. (Opcional)

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR COMISIÓN DE ESTUDIOS O PERMISO LABORAL	
EMPRESA: _____	CIUDAD: _____
ANEXOS:	<input type="checkbox"/> Certificado de la Institución. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Carta personal explicando la situación. (Opcional)

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR TRÁMITE DE BECA O APOYO PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROGRAMA	
INSTITUCIÓN: _____	
ANEXOS:	<input type="checkbox"/> Certificado de la Empresa. (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Carta personal explicando la situación. (Opcional)

DECISIÓN COMITÉ DE MATRÍCULA			
ACTA:	DIA:	MES:	AÑO: