



Fecha Vigencia: 09-02-2014

No. Radicación	
----------------	--

Programa:	Semestre:	
Estudiante:	Código:	
Email:	Teléfono:	
Asignatura:	Grupo:	Código:
Fecha del examen no concurrido:		
Fecha acordada para el examen supletorio:		
Nombre y Firma docente que orienta la asignatura		
Documentos que adjunta como justificación en caso diferente a cruce de asignatura:		

POR CRUCE CON OTRA ASIGNATURA

Asignatura con la cual se presenta el cruce:		Grupo:
Código:	Fecha del examen:	Hora:
Nombre y firma docente de la asignatura con la cual se presenta cruce		Firma Estudiante

AUTORIZACIÓN PARA EXAMEN SUPLETORIO

Aprobado: ☐		Negado: ☐		Razones:	
Asignatura:				Grupo:	
Estudiante:				Código:	
Esta autorización es válida para el examen y el profesor de la asignatura no registrará las calificaciones sin el cumplimiento de este requisito.					
No. Recibo de Pago:			Fecha:	Día	Mes
					Año

Nombre y firma Decano

Nota: Este Formato debe diligenciarse en duplicado.



Universidad
del Cauca

Vicerrectoría Académica
Solicitud de Examen Supletorio Acuerdo 002 de 1998, Capítulo IV,
Artículo 51, Literal

Código: PM-FO-4-FOR-23

Versión: 0

Fecha Vigencia: 09-02-2014