DOCUMENTO CONTROLADO

FACULTAD XX XX
NOMBRE DEL PROGRAMA
ACTA DE MODALIDAD DE GRADO: Elija un elemento.

ACTA No. ____

En la ciudad de XXXX, a los XX días del mes de XX del año XXXX, a las [HH:MM] [a.m./p.m.], se llevó a cabo revisión de los estudiantes que participaron en la modalidad de grado **NOMBRE MODALIDAD**, conforme a lo dispuesto en el Artículo 3 del Acuerdo 004 de 2024 "Por medio del cual se establecen las modalidades de grado para estudiantes de los programas de posgrados de la Universidad de La Guajira" y acogida por el Comité Curricular del programa **NOMBRE DEL PROGRAMA DE POSGRADOS**, según el Acta No. XX del XX del mes de XX de XXXX. La revisión estuvo a cargo de las siguientes autoridades académicas: **NOMBRE**, Director (a) de Posgrados; NOMBRE, Decano (a) de la Facultad de XXXXXXX y el **NOMBRE**, Director (a) Académico del programa **NOMBRE DEL PROGRAMA DE POSGRADOS**.

Durante la sesión, las autoridades académicas verificaron el certificado de aprobación del **NOMBRE DE LA MODALIDAD *(Incluir el nombre o subtitulo del seminario o diplomado)***", realizado en modalidad virtual, con una duración total de xxx horas, que se llevó a cabo entre el (día) de (mes) y el el (día) de (mes) de XXXX, expedido por la Universidad de **NOMBRE UNIVERSIDAD INTERNACIONAL (SI APLICA)**, el cual acredita que el/la maestrando (a): **NOMBRE COMPLETO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX, cumplió satisfactoriamente con los requisitos de la modalidad. Esta modalidad le fue aprobada para el/la maestrando(a) mediante el Acta No. XX del XX de XX de XX de Facultad de XXXX XXX, como requisito para optar al título de **NOMBRE TITULO QUE OTORGA EL PROGRAMA**.

Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos, se deja constancia de la **APROBACIÓN** de la modalidad de grado **NOMBRE MODALIDAD**, conforme a la normatividad vigente.

Para mayor constancia firman la presente acta, a los XX días del mes de XXXX del año XXXXX, las siguientes autoridades académicas

AUTORIDADES ACADÉMICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA

NOMBRE
Director(a) de Posgrados

NOMBRE
Decano(a) Facultad de XXX XX

NOMBRE
Director Académico de XXXXXXXX