



**SOLICITUD DE REVISIÓN ACADÉMICA**  
**No.AC-033**

Fecha de Solicitud: 16 septiembre, 2024 Sede: Cuatrimestre: [Cuatrimestre]

Nombre del Estudiante: Doe Cédula: [cedula]

Carrera cursada: [Carrera]

Título Solicitado: [titulo]

**PARA USO DE SECRETARÍA ACADÉMICA**

Observaciones Generales del Estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Promedio al momento de la revisión: \_\_\_\_\_

Índice académico al momento de la revisión: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con la Revisión de Créditos: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión de Créditos: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_