



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

Fecha de Solicitud: 25 septiembre, 2024 Sede: David Cuatrimestre: III CUATRIMESTRE

Nombre del Estudiante: Erika Castillo Miranda Cédula: 4-719-345

Carrera cursada: Especialización en Docencia Superior

Título Solicitado: Especialista en Docencia Superior

**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: \_\_\_\_\_