|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL DOCENTE** | | | | | | | |
| Fecha de la solicitud: | DD | MM | AA | Código del  curso: |  | Período académico en el que matriculó el curso |  |
|  |  |  |
| Nombre del curso: |  | | | | | | |
| Nombre completo del docente: | | | | | Firma del docente: | | |
| Explique brevemente la justificación de la modificación de la nota: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y NOTA A CORREGIR** | | | | | |
| Nombre completo del estudiante: | | | | Documento de identidad: | |
| e-mail institucional: | | | | | Código del estudiante: |
| Programa académico: | | | | | Facultad: |
| Indique el cambio a realizar: | | | | | |
| 1° Evaluación | 2° Evaluación | 3° Evaluación | Definitiva | | Nota definitiva en letras |
|  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO DEL CONSEJO DE FACULTAD** | | | | | | | |
| Aprobado: |  | Número de Acta Consejo de Facultad: | | Fecha | DD | MM | AA |
| No Aprobado: |  |  |  |  |
| Concepto: | | | | | | | |
| Nombre del Decano de la Facultad: | | | Firma: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO DEL CONSEJO ACADÉMICO** | | | | | | |
| Aprobado: |  | Número de Acta Consejo Académico: | Fecha | DD | MM | AA |
| No Aprobado: |  |  |  |  |
| Concepto: | | | | | | |

*CONSIDERACIÓN:*

*La Comisión de Asuntos Estudiantiles designada por el Consejo Académico no autorizará modificación de calificaciones correspondientes a evaluaciones practicadas con más de seis (6) meses de anterioridad. Parágrafo del ART 92 del Acuerdo Superior 000026 de 7/10/2024.*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Espacio exclusivo para el DAR*** | |
| *Radicado:* |  |
|  |
| *Código:* |  |  |
|  |
| *Fecha:* |  |  |