

Fecha
Solicitud

Día	Mes	Año

INFORMACIÓN PERSONAL

No de Documento de Identidad		Apellidos y Nombres del Solicitante	
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Dirección Residencia	
E-mail			

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE CURSÓ LAS ASIGNATURAS

Nombre Institución	
Nombre Programa Académico	Código Programa Académico
Código del Estudiante en el Programa Académico	

INFORMACIÓN DE LAS ASIGNATURAS SOLICITADAS PARA EQUIVALENCIAS

INFORMACIÓN ASIGNATURAS VISTAS			INFORMACIÓN ASIGNATURAS A EQUIVALER	
Nombre	Código	Calificación Final	Nombre	Código

Documentos Anexos: No de Folios

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA PARA EL QUE SOLICITA LAS EQUIVALENCIAS

Nombre Programa Académico

Código Programa Académico

Código del Estudiante

Motivo de la Solicitud de Equivalencias:

Traslado ☐

Transferencia ☐

Reingreso ☐

Asignatura Cursada en otro Programa ☐

Firma del Estudiante

OBSERVACIONES DIRECTOR DE PROGRAMA

Firma Director de Programa