|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 1. **ESPACIO A DILIGENCIAR POR EL ASPIRANTE**

**(Información general)** |
| **Nombres y apellidos completos del solicitante:** | **Número de identificación:****Código:** |
| **Nombre completo del Programa Académico de Posgrado:** | **Facultad - Sede:** |
| **Último periodo académico matriculado:** **I [ ]  II [ ]  Año:**       | **Número de celular o de teléfono:** | **Correo electrónico:** |
| **Describa de manera breve la razón por la cual perdió el derecho a continuar estudios:** |
| 1. **ESPACIO PARA PAZ Y SALVOS**

**(La División de Admisiones – DARCA facilitará la firma y sello de los paz y salvos. En caso de presentar deudas por algún concepto, es responsabilidad del aspirante adelantar los respectivos trámites para normalizar su situación financiera con la Universidad)** |
| **Recreación y Deportes** | **Bibliotecas** | **Salud Integral y Desarrollo Humano** | **División de Gestión Financiera** |
| **Fecha:** | **Fecha:** | **Fecha:** | **Fecha:** |
| 1. **ESPACIO PARA ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES – FIRMA ASPIRANTE**
 |
| **Términos y condiciones:**1. El valor cancelado por conceptos de inscripción para el proceso de amnistía **no es reembolsable.**
2. La radicación de esta solicitud no implica aprobación de reingreso por amnistía, esta quedará supeditada al cumplimiento de los requisitos generales y del estudio académico realizado en cada facultad.
3. El trámite de solicitud de estudio para reingreso por amnistía deberá hacerse personalmente o a través de apoderado.
4. El correo electrónico y el número de contacto suministrado serán los canales de comunicación oficial entre el aspirante y la Universidad del Cauca.
5. Con la firma de esta solicitud, el aspirante autoriza de manera voluntaria, previa, expresa e informada a la Universidad del Cauca para la recolección y posterior análisis de los datos suministrados.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA DEL ASPIRANTE****La firma y radicación de esta solicitud implica la aceptación sin salvedad alguna**, por parte del aspirante, de las condiciones, requisitos y demás disposiciones contempladas en las normas internas que en la Universidad del Cauca regulan el proceso de reingreso por amnistía, especialmente lo contenido en el Acuerdo Superior 090 de 2019, Acuerdo Académico 008 de 2020 y aquellas previstas en este formato. |
| 1. **ESPACIO EXCLUSIVO DIVISIÓN DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO**

**(Verificación de requisitos generales y recepción de documentos)** |
| **Verificación de documentos:**1. Fotocopia del documento de identificación [ ]
2. Soporte original de pago de los derechos de inscripción (Proceso de Amnistía) [ ]

**Nota:** La Facultad podrá solicitar documentos adicionales.**Número de folios recibidos:** | **Espacio para fecha y el sello de radicado en DARCA:****NOMBRE:** |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. **ESPACIO PARA ESTUDIO DE REQUISITOS HABILITANTES – DIVISIÓN DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO**
 |
| **¿Tiene sanciones disciplinarias vigentes?****Sí [ ]  No [ ]**  | **¿Ha sido beneficiario de otra amnistía académica en el mismo programa de posgrado?****Sí [ ]  No [ ]**  |
| **FIRMA RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN EN DARCA** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA****NOMBRE:****FECHA DE REVISIÓN:** |
| 1. **ESPACIO PARA ESTUDIO Y CONCEPTO DE LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA**
 |
| **En atención a la situación académica del solicitante, ¿Se recomienda el reingreso por amnistía?****Si [ ]** **No [ ]  ¿Por qué motivo?:** |
| **Asignatura(s), requisito(s) de grado o cursos de actualización recomendado(s) para matrícula de acuerdo a las condiciones de reingreso por amnistía aprobadas mediante Acuerdo Académico 008 de 2020** | **Periodo recomendado para matrícula** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **FIRMA COORDINADOR DE PROGRAMA** | **AVAL COMITÉ DE PROGRAMA DE POSGRADO** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA COORDINADOR DE PROGRAMA****NOMBRE:****FECHA CONCEPTO:** | **APROBADA[ ]  NEGADA [ ]** **ACTA N°:****FECHA:** |

 |