



UNIVERSIDAD DEL FUTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE
CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE SERVICIO

Folio		Fecha de solicitud		No. De Factura	
Tiempo / Fecha de Entrega		Fecha de Disponibilidad		Fecha en que recibe el trámite	

Nombre		Matrícula	
Nivel Académico		Grado	
		Perfil	

TRÁMITE A REALIZAR

Cambio de Programa Académico		Historial Académico	
Certificado Parcial de Estudios		Reposición de Credencial	
Constancia de Estudios (con Calificaciones)		Otro (especifica)	
Constancia de Estudios (Sencilla)			
Equivalencia de Estudios		Baja de la Institución Definitiva	Temporal

Nombre y firma del solicitante

nombre y firma de control escolar

nombre y firma de quien recibe

Observaciones:

Datos de contacto

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del Solicitante	Vo. Bo. Servicios Escolares	Vo. Bo. Servicio de Administración y Finanzas	Vo. Bo. Coordinación de Biblioteca (Sólo en caso de Baja)	Vo. Bo. Coordinación Deportiva (Sólo en Caso de Baja)
-----------------------	-----------------------------	---	---	---

Vo. Bo. Fuerzas Básicas (Sólo en caso de Baja, Semiconcentración o Concentración)	Vo. Bo. ART (Sólo en caso de Baja de Art, Semiconcentración o Concentración)	Vo. Bo. Residencia (Sólo en caso de Baja de Residencia)
---	--	---