**FORMATO DE SOLICITUD DE PERMISOS ACADÉMICOS PARA ESTUDIANTES**

**PROGRAMA DE MEDICINA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Nombre Estudiante Solicitante:** |  | | | **Documento:** | |
| 2 | Grupo al que pertenece o representa: |  | | | | |
| 3 | Fechas del permiso: | Inicio | | | Fin | |
| 4 | Actividad a realizar: |  | | |  | |
| 5 | **Asignatura 1** | **Nombre:** | | | | **Código:** |
| 6 | Docente o coordinador: |  | | | | |
| 7 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad |  | | | | |
| 8 | Plan de recuperación y pruebas supletorias: |  | | | | |
| 9 | VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 10 | **Asignatura 2** | **Nombre:** | | | | **Código:** |
| 11 | Docente: |  | | | | |
| 12 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad |  | | | | |
| 13 | Plan de recuperación: |  | | | | |
| 14 | VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 15 | **Asignatura 3** | **Nombre:** | | | | **Código:** |
| 16 | Docente: |  | | | | |
| 17 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad |  | | | | |
| 18 | Plan de recuperación: |  | | | | |
| 19 | VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 20 | Avales, cartas de recomendación o anexos: |  | | | | |
| 21 | Fecha de Solicitud: | | Firma del estudiante: | | | |
| 22 | Vo Bo Director (a) de Programa | | Fecha: | | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE SOLICITUD DE PERMISOS ACADÉMICOS PARA ESTUDIA NTES**

Este formato debe ser diligenciado por todos y cada uno de los estudiantes que soliciten un permiso académico de más de dos días.

Los permisos serán analizados, evaluados y aprobados de manera individual, sin importar que la actividad a la que asistan los estudiantes sea grupal.

Instrucciones y ejemplo para diligenciar el formato según número de línea:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nombre Estudiante Solicitante: | ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE | | | Documento:  NÚMERO DE DOCUMENTO | |
| 2 | Grupo al que pertenece o representa: | Ejemplo, ACEMRIS, Semillero de Investigación, Grupo de Teatro la Escafandra, etc. | | | | |
| 3 | Fechas del permiso: | Inicio (dd/mm/aa) 02/08/11 | | | Fin 05/08/11 | |
| 4 | Actividad a realizar | Asistencia a V Congreso Internacional de Biología Molecular a realizarse en Buenos Aires Argentina, en participación como ponente del trabajo “xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx” | | | | |
| 5 | **Asignatura 1** | **Nombre: Semiología General** | | | | **Código: ME51D** |
| 6 | Docente o coordinador: | Jaime Mejía Cordobés | | | | |
| 7 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad | 4 días académicos.  6 horas teóricas (2 de psiquiatría, 2 de radiología, 2 de nutrición)  7 ½ horas de ronda  FAVOR SER TAN ESPECÍFICOS COMO SEA POSIBLE. | | | | |
| 8 | Plan de recuperación y pruebas supletorias: | Para cada clase teórica perdida el estudiante presentará un seminario de un artículo científico relacionado al tema perdido ante el profesor.  Las horas de ronda las compensará mediante a asistencia a turno de 6 horas el día sábado 6 de agosto bajo la supervisión del docente XXXX.  FAVOR SER TAN ESPECÍFICOS COMO SEA POSIBLE. | | | | |
| 9 | FIRMA DOCENTE  VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | FIRMA COORDINADOR  VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 10 | **Asignatura 2** | **Nombre: Fisiopatología** | | | | **Código: ME527** |
| 11 | Docente: | Ligia Aguilar | | | | |
| 12 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad | 4 días académicos  6 horas teóricas (clase)  1 examen parcial | | | | |
| 13 | Plan de recuperación y pruebas supletorias: | El estudiante preparará un seminario sobre Fisiopatología de la enfermedad pancreática y lo dará a todo el grupo el día 9 de agosto de 2011. Además presentará prueba supletoria el día 12 de agosto a las 7 am. | | | | |
| 14 | FIRMA DOCENTE  VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | FIRMA COORDINADOR  VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 15 | **Asignatura 3** | **Nombre:** | | | | **Código:** |
| 16 | Docente: |  | | | | |
| 17 | No. Total de días académicos perdidos, No. De horas y tipo de actividad |  | | | | |
| 18 | Plan de recuperación: |  | | | | |
| 19 | VoBo Docente encargado asignatura 1 | | | VoBo Coordinador del Área o Director de Departamento | | |
| 20 | Avales, cartas de recomendación o anexos: | Carta de invitación al Congreso  Carta de presentación del grupo al que está afiliado  Copia de las diapositivas de la ponencia | | | | |
| 21 | Fecha de Solicitud: dd/mm/aa | | Firma del estudiante: FIRMA DEL ESTUDIANTE | | | |
| 22 | FIRMA DIRECTOR(A) DE PROGRAMA  Vo Bo Director (a) de Programa | | Fecha: DD/MM/AA | | | |