



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
PROCESO GESTIÓN BIENESTAR
SOLICITUD RELIQUIDACIÓN DE MATRÍCULAS

RADICACIÓN No: _____

Solicitud de reliquidación de matrícula para el _____ periodo de _____			
Por favor lea el Acuerdo No. 018 fijado en la página web y tenga en cuenta su número de radicación			
Apellidos:		Nombres	
Programa:		Código:	Semestre:
Último valor cancelado por concepto de matrícula sin incluir otros conceptos: (\$) _____)			
Solicitudes anteriores:		SI ☐ NO ☐	
Periodo académico:	Año:	Aprobada SI ☐ NO ☐	
Anexo los documentos que relaciono a continuación, los cuales sustentan mi solicitud.			
1.		4.	
2.		5.	
3.		E-mail:	
Firma del solicitante C. C. ☐ T. I. ☐ No. _____		Dirección:	
		Barrio: Estrato:	
		Teléfonos:	

Nota: Por favor este documento debe imprimirse en tamaño oficio.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE MATRÍCULAS

Aprobada ☐	No aprobada ☐	Fecha	Día	Mes	Año
Comité de Matrículas					
Fecha notificación			Hora		

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE MATRÍCULAS

Aprobada ☐	No aprobada ☐	Fecha	Día	Mes	Año
Comité de Matrículas					
Firma del solicitante					
☐	C. C.	T. I. ☐	No.	Fecha:	