



## FORMULARIO DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE POSGRADOS

Este formulario debe ser llenado por los estudiantes que solicitan el registro en cursos de la Unidad de Titulación de Posgrados. Por favor, completar las secciones 1, 2 y 3 y enviar el formulario al director de su programa de posgrado. El formulario solo será procesado si es remitido desde el correo electrónico institucional del estudiante.

### 1. DATOS DEL ESTUDIANTE

|   |       |                   |       |
|---|-------|-------------------|-------|
| Nombres:                                | _____ | Apellidos:        | _____ |
| CC: / PAS:                              | _____ | Código:           | _____ |
| Correo electrónico:                     | _____ | Teléfono celular: | _____ |
| Programa:                               | _____ |                   |       |
| Fecha prevista de graduación (mes/año): | _____ |                   |       |

### 2. SOLICITUD DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE POSGRADOS

2.1. ME HE REGISTRADO EN EL CURSO DE PRESENTACIÓN Y FINALIZACIÓN DE TESIS: Sí  NO

(Si su respuesta fue afirmativa, por favor llenar los numerales 2.2. y 2.3. En caso contrario llenar solo el numeral 2.3.)

#### 2.2. DECLARO QUE A LA FECHA ME HE REGISTRADO EN EL ÚLTIMO CURSO DE TITULACIÓN DE MI PROGRAMA:

| CÓDIGO DEL CURSO | NRC | NOMBRE DEL CURSO | # DE CRÉDITOS | NOTA OBTENIDA | SEMESTRE | RESERVADO REGISTRO (NO LLENAR) |
|------------------|-----|------------------|---------------|---------------|----------|--------------------------------|
|                  |     |                  |               |               |          |                                |

#### 2.3. DECLARO QUE ME HAN INFORMADO ACERCA DE LAS DOS OPCIONES DE TITULACIÓN DE MI PROGRAMA. PARA TITULARME OPTO POR:

EXAMEN COMPLEXIVO  TRABAJO DE TITULACIÓN   
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRACIA  PRÓRROGA DE GRACIA TRABAJO DE TITULACIÓN

### 3. DECLARACIÓN DE VERACIDAD POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Yo \_\_\_\_\_, con código de estudiante \_\_\_\_\_, solicito que en la sesión de **VERANO 2020-2021**, bajo mi código de estudiante me registren en el(los) curso(s) de la Unidad de Titulación de Posgrados que me corresponda(n) de acuerdo con las normas del Reglamento de Régimen Académico vigente expedido por el Consejo de Educación Superior y estructurado(s) para mi programa por la USFQ. Además, autorizo a que se realicen las equivalencias necesarias en mi Kárdex Académico a fin de que se actualice(n) el(los) curso(s) de la Unidad de Titulación que me corresponda(n).

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera. En caso contrario me sujetaré al Código de Honor y Convivencia de la USFQ, así como a las normas y procesos internos y/o externos aplicables.

Al enviar este formulario desde mi correo electrónico institucional, reconozco que este mensaje de datos tiene igual valor jurídico que los documentos escritos.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN**

**4. DIRECTOR/COORDINADOR DEL PROGRAMA**

---

PERSONA QUE RECIBE: \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCIÓN (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ HORA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

Por favor, llenar la siguiente tabla con los cursos de la Unidad de Titulación de Posgrados que debe tomar el estudiante de acuerdo con la declaratoria del numeral anterior.

**CURSOS EN LOS QUE DEBE SER REGISTRADO EL ESTUDIANTE EN EL VERANO 2020-2021:**

| CÓDIGO DEL CURSO | NOMBRE DEL CURSO | NRC DEL CURSO |
|------------------|------------------|---------------|
|                  |                  |               |
|                  |                  |               |

FECHA DE RESOLUCIÓN (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ HORA DE RESOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DIRECTOR/COORDINADOR DEL PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

NOTA: La Oficina de Coordinación del Sistema Académico (OCSA) NO procesará este requerimiento si el director o coordinador del programa no entrega este formulario completo y con la información correcta.

**5. OFICINA DE COORDINACIÓN DEL SISTEMA ACADÉMICO (OCSA):**

---

PERSONA QUE RECIBE: \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCIÓN (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ HORA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRO (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ HORA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL COORDINADOR OCSA:** \_\_\_\_\_