



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
CONSEJO SUPERIOR

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA COMISIÓN DE ESTUDIOS

<b>1. DATOS GENERALES</b>	
NOMBRES Y APELLIDOS	
IDENTIFICACIÓN	
CÓDIGO	

<b>2. INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>		
TITULO PREGRADO		
OTROS TÍTULOS:		

<b>3. INFORMACIÓN LABORAL</b>				
FECHA INGRESO UFPS	<b>DIA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>	
Categoría que ostentaba a la fecha de ingreso:	Categoría Actual	Dedicación: T. Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/>		
Antigüedad UFPS	<b>AÑOS:</b>	<b>MESES:</b>	<b>DIAS:</b>	
Evaluaciones académicas: (últimas 4)	1			
	2			
	3			
	4			
FACULTAD A LA CUAL ESTA ADSCRITO:				
Departamento Académico:				
Asignaturas que desarrolla actualmente:	<b>Código, Nombre, Intensidad Horaria semanal</b>			
Otra actividad académica que desarrolla en la UFPS				

• ¿Está desarrollando Proyectos de Investigación?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
TITULO(S):			
• ¿Participa en Proyectos o Programas de Extensión?	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUAL(ES):			
• Productividad Intelectual y/o publicaciones:			
<i>Ejecutadas:</i>			
<i>En Ejecución:</i>			
<i>Programadas:</i>			

<b>4. INFORMACIÓN PROGRAMA ACADÉMICO A SEGUIR</b>			
NOMBRE PROGRAMA:			
DURACIÓN:	Requiere pasantía:	Nacional:	Internacional:
El programa a cursar exige Trabajo de Grado:		SI	NO <input type="checkbox"/>
Ciudad.	País:		
Requiere capacitación idioma extranjero:	SI : <input type="checkbox"/>	¿Cuál?:	
	NO: <input type="checkbox"/>	Costo del Curso:	

El programa es:	Escolarizado	Semiescolarizado <input type="checkbox"/>	Desescolarizado <input type="checkbox"/>
Horario de contacto directo durante los períodos en que se realiza el programa:			
Gastos de Viaje y Estadía (si es semiescolarizado):			
<b>Si la modalidad es semiescolarizada, el profesor será descargado académicamente hasta el 50%.</b>			

<b>5. INFORMACIÓN COMISIÓN DE ESTUDIOS</b>	
ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> MAESTRIA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cuál?	
Ha realizado Comisiones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuál:

<b>Universidad donde realizará la Comisión:</b>		
Ciudad:	País: Colombia	Valor matrícula:
Referencias:		
Cuántas veces debe cancelarse la matrícula:		
Requerimientos de transporte: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	De: Terrestre:	A:
<b>Inicio Comisión:</b>	<b>Terminación Comisión:</b>	<b>Duración:</b>

<b>6. PROCEDIMIENTOS PREVIOS QUE RECOMIENDAN LA COMISIÓN.</b>		
Consejo Departamento	Acta No	Fecha:
Consejo de Facultad	Acta No.	Fecha:
Oficina de Planeación <sup>1</sup> :	Concepto:	Fecha:
Comité Administrativo <sup>2</sup> :	Acta No.	Fecha:
Consejo Académico <sup>3</sup> :	Acta No.	Fecha:
<b>Nombre y título del programa académico aprobado en el Plan Institucional de Capacitación Docente aprobado por el Consejo Superior Universitario:</b>		
La Comisión de Estudios corresponde al Plan: SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/>		

1. Incluye verificación de documentos.
2. Incluye disponibilidad presupuestal.
3. Incluye recomendación al Consejo Superior Universitario.

<b>7. BENEFICIOS DE LA COMISIÓN PARA:</b>	
UNIVERSIDAD	
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	
PAÍS	

**8. DATOS REFERENCIALES DE LA FAMILIA**

NOMBRES Y APELLIDOS CÓNYUGE		Telf:
NOMBRES Y APELLIDOS HIJOS MENORES (Hasta 2)		
Suministre cualquier otra información adicional que considere importante y necesaria:		
Si se presenta una situación atípica, descríbala:		

**9. COSTOS (Se Adjunta Estudio Financiero).****Observaciones de la Oficina de Planeación:**

---

---

---

Fecha de elaboración:      Día \_\_\_\_\_ - Mes \_\_\_\_\_ - Año \_\_\_\_\_.

**FIRMADO:**\_\_\_\_\_  
El Profesor (Nombre y firma)\_\_\_\_\_  
C.C. No.\_\_\_\_\_  
El Decano (Nombre y firma)\_\_\_\_\_  
C.C. No.\_\_\_\_\_  
Jefe Unidad Planeación Econ. Financiera\_\_\_\_\_  
C.C. No.\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Planeación\_\_\_\_\_  
C.C. No.