



**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL USUMACINTA**  
**Solicitud de Adelanto, Reposición o**  
**Intercambio de Clases**



Solicitud de:	Reposición	Adelanto	Intercambio	
Fecha de la Solicitud:				
Responsable de la Acción:				

Asignatura:	
Carrera:	Grupo:
Fecha de la(s) Acciones:	

Acción a Tomar:(En todos los casos deberán describir a detalle las asignaturas y docentes involucrados)

Responsable (s) de la Acción	Responsable del Seguimiento
Nombre y Firma	Coordinador Académico Nombre y Firma

Observaciones del Verificador:	
Fecha de la Verificación:	
Vo. Bo. de la División Académica  _____ Director Académico	Recibe  _____ Recursos Humanos

Nota: El responsable de llevar a cabo la verificación es el Coordinador Académico, previo acuerdo con el tutor del grupo en cuestión.