



COLEGIO DE POSGRADOS
SOLICITUD DE REINGRESO



1. Completar las secciones 1 y 2 del formulario (escribir su nombre en los lugares designados para firmas).
2. Cancelar el valor correspondiente en Tesorería por concepto de servicio administrativo por reingreso.
3. Enviar el presente formulario junto con la factura a la Oficina de Asuntos y Servicios Académicos (oasa@usfq.edu.ec), hasta la fecha indicada en el calendario académico.

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres: _____ Apellidos: _____
 CC:/ PAS: _____ Código de estudiante: _____
 E-mail personal: _____ Tlf. Celular: _____
 Atributo estudiante (PARA USO DE LA INSTITUCIÓN): R C M

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Programa: _____
 Último periodo cursado: _____ GPA Acumulado: _____
 Periodo al que desea reingresar: _____

2. DECLARACIÓN DE VERACIDAD POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Yo _____, declaro que conozco y acepto que mi reingreso estará sujeto a que cumpla los requisitos establecidos por la Universidad para el reingreso al programa de posgrado que he registrado en este formulario. El reingreso estará sujeto, entre otros requisitos, a que haya una cohorte activa a la que me pueda incorporar y/u oferta académica en curso que incluya mis requisitos pendientes, así como a las disposiciones legales de Educación Superior que apliquen, por lo que mi reingreso puede ser negado. Por lo tanto, me sujetaré a la resolución que emita la Universidad luego de la revisión formal de mi historial académico. Acepto también que, de ser autorizado mi reingreso, deberé cumplir todas las condiciones de reingreso establecidas por la USFQ, que pueden incluir pero no se limitan a: cumplir la malla curricular del programa que se encuentre vigente, solicitarme la rendición de exámenes de validación de conocimientos o actualización, cursar materias ya aprobadas con anterioridad para su actualización, realizar homologación de materias bajo los mecanismos determinados por la USFQ, así como a cumplir los requisitos administrativos y financieros que correspondan al programa al que se autorice mi reingreso. 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, reconozco que este mensaje de datos tiene igual valor jurídico que los documentos escritos.

Firma estudiante: _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____

LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN

3. OFICINA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y BECAS

EL ESTUDIANTE TIENE ASISTENCIA FINANCIERA O BECA: AF BECA NINGUNA
 ¿LA OFICINA DE AF/ BECAS ENTREGA ESTA SOLICITUD A OASA? SÍ NO

Firma responsable Becas y Asistencia: _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____

4. OFICINA DE ASUNTOS Y SERVICIOS ACADÉMICOS

	CUMPLE	NO CUMPLE
EL ESTUDIANTE NO TIENE MÁS DE 2 REINGRESOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HAN TRANSCURRIDO MÁS DE 5 AÑOS DESDE EL ÚLTIMO PERIODO CURSADO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL ESTUDIANTE HA MANTENIDO UN GPA ACUMULADO A LA FECHA DEL ÚLTIMO SEMESTRE CURSADO DE AL MENOS 3.00/4.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***La USFQ se reserva el derecho de solicitar la rendición de exámenes de validación de conocimientos o cursar materias ya aprobadas con anterioridad para su actualización.**

EL ESTUDIANTE TUVO CONDICIÓN ACADÉMICA	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
EL ESTUDIANTE TUVO SUSPENSIÓN ACADÉMICA/ DISCIPLINARIA	NO	<input type="checkbox"/>	ACAD	<input type="checkbox"/>
EL ESTUDIANTE TUVO SEPARACIÓN ACADÉMICA/ DISCIPLINARIA	NO	<input type="checkbox"/>	ACAD	<input type="checkbox"/>
			DISC	<input type="checkbox"/>
			DISC	<input type="checkbox"/>

Firma Oficina de Asuntos y Servicios Académicos: _____
 Fecha de recepción (dd/mm/aaaa): _____

5. COMITÉ DE ASUNTOS ACADÉMICOS DE POSGRADO EN CONSULTA CON DIRECCIÓN DEL PROGRAMA

SE ACEPTA EL REINGRESO: SÍ NO
 PERIODO DE REINGRESO: _____
 OBSERVACIONES:

Firma Responsable Comité de Posgrados: _____
 Fecha de resolución (dd/mm/aaaa): _____

6. COMITÉ DE REINGRESOS Y HOMOLOGACIONES

SE ACEPTA EL REINGRESO Sí NO

PERIODO DE REINGRESO _____

MALLA CURRICULAR APLICABLE: _____ ATRIBUTO DE ESTUDIANTE: _____

COMENTARIOS:

Firma Comité de Reingresos y Homologaciones: _____

Fecha de resolución del caso (dd/mm/aaaa): _____

7. OFICINA DE ASUNTOS Y SERVICIOS ACADÉMICOS

SE ACTIVÓ AL ESTUDIANTE EN EL MISMO CÓDIGO DEL ESTUDIANTE EN BANNER	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SE REQUIRIÓ LA EMISIÓN DE NUEVO CÓDIGO DE ESTUDIANTE	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SE ACTUALIZÓ EL CATÁLOGO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE REINGRESO SE	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
INGRESÓ EL ATRIBUTO CORRESPONDIENTE EN EL KARDEX ACADÉMICO	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SE ACTIVÓ EL CÓDIGO DEL ESTUDIANTE EN BANNER	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SE ENVIÓ UN CORREO ELECTRÓNICO CON LA RESOLUCIÓN	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FECHA DE ENVÍO (dd/mm/aaaa): _____				
EL ESTUDIANTE FIRMA DOCUMENTO DE CONDICIONES	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FECHA FIRMA DOCUMENTO (dd/mm/aaaa): _____				
EL ESTUDIANTE REALIZA EL PAGO DEL SERVICIO ADMINISTRATIVO DE REINGRESO	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Firma Oficina de Asuntos y Servicios Académicos: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____