UNIVERSIDAD DEL VALLE



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN PROGRAMA ACADÉMICO DE CONTADURÍA PÚBLICA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE MATRÍCULA DE TRABAJO DE GRADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **CODIGO** | **CELULAR** | **FIJO** | **CORREO UNIVALLE** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO A MATRICULAR (Marque con X)** | |
| MONOGRAFÍA |  |
| PRÁCTICA EMPRESARIAL CONTABLE |  |
| PRUEBAS PROFESIONALES |  |

**3841**

DIURNA

NOCTURNA

JORNANDA (Marque con X)

**N°**

**PERIODO ACADÉMICO**

**ASIGNATURA**

**CODIGO Y GRUPO**

**FECHA**

**MATRICULA**

**DIRECTOR**

**1**

**SI ES SU PRIMERA MATR**

**ICULA, POR FAVOR DILIG**

**ENCIAR ESTA**

**LINEA**

**2**

**SI ES SU SEGUNDA MAT**

**GENCIAR ESTA**

**LINEA**

**3**

**SI ES SU TERCERA MATR**

**ICULA, POR FAVOR DILIG**

**ENCIAR ESTA L**

**INEA**

**4**

**SI ES SU CUARTA MATRI**

**CULA, POR FAVOR DILIGE**

**NCIAR ESTA LI**

**NEA**

**5**

**SI ES SU QUINTA MATRI**

**CULA, POR FAVOR DILIGE**

**NCIAR ESTA L**

**INEA**

**6**

**SI ES SU SEXTA MATRI**

**CULA, POR FAVOR DILIGE**

**NCIAR ESTA LI**

**NEA**

**7**

**SI ES SU SEPTIMA MATR**

**ICULA, POR FAVOR DILIG**

**ENCIAR ESTA L**

**INEA**

**8**

**SI ES SU OCTAVA MATR**

**ICULA, POR FAVOR DILIG**

**ENCIAR ESTA L**

**INEA**

**RICULA, POR FAVOR DILI**

|  |
| --- |
| **TEMA PRINCIPAL A DESARROLLAR** |
| **Si tiene el título del trabajo es conveniente que lo escriba aquí** |

NOMBRE DEL COMPAÑERO:

FIRMA: SU FIRMA

OBSERVACIONES:

**Nota: No se admite correo personal ya que toda la información será registrada en el correo @correounivalle.edu.co.**

**Con la firma de este formato Autoriza su matrícula de trabajo de Grado.**

UNIVERSIDAD DEL VALLE



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN PROGRAMA ACADÉMICO DE CONTADURIA PÚBLICA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE MATRICULA DE TRABAJO DE GRADO

FORMATO VÁLIDO SOLO PARA ESTUDIANTES MATRICULADOS BAJO LA MODALIDAD PRUEBAS PROFESIONALES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | **NOMBRE DE PRUEBA DE SUFICIENCIA** | **CODIGO** | **SEMESTRE MATRICULADO** | **SEMESTRE DE APROBACIÓN** |
| O.B |  |  |  |  |
| O.B |  |  |  |  |
| O.B |  |  |  |  |
| O.B |  |  |  |  |
| E.L |  |  |  |  |

FORMATO ADICIONAL PARA ESTUDIANTES DE MODALIDAD PRUEBAS DE SUFICIENCIA ACADÉMICA - PSA

Firma del estudiante