UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Vicerrectorado Académico

Consejo de Desarrollo Curricular

Formato CDC-010

**CAMBIO DE UBICACIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR**

1. **Modificación Propuesta:**
2. **Documentos que respaldan la solicitud**
3. Exposición de motivos del Cambio
4. Programa de la unidad curricular
5. Malla curricular vigente
6. Malla curricular propuesta
7. **Sólo para ser llenado por la Comisión Curricular de Carrera**

 **Carácter de la unidad curricular**

Obligatoria Electiva Optativa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| 1. *Se mantiene la concordancia con las* unidades curriculares *preladas y prelantes vigentes.* |  |  |
| 2. *Las unidades crédito del semestre están entre las permitidas por los parámetros Curriculares* |  |  |
| *3. La carga horaria semanal del semestre está entre la permitida por los parámetros Curriculares* |  |  |

*Recomendaciones:*

 *Coordinador de la Comisión Curricular de la Carrera de* *\_*

*Nombre y Apellido:*  *\_ Tratado el:* *\_*

*Firma y Sello*

1. **Aval del Departamento de adscripción de la unidad curricular**

Departamento: \_ Reunión de fecha: \_

 Jefe de Departamento: \_

*Firma y Sello*

1. **Aval del Consejo de Escuela**

Consejo de Escuela de \_ Reunión de fecha: \_

 Director de Escuela: \_

*Firma y Sello*

1. **Sólo para ser llenado por la Comisión Curricular de Facultad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Se mantiene la concordancia con las* unidades curriculares *preladas y prelantes vigentes.* | SI | NO |
| 2. *Las unidades crédito del semestre están entre las permitidas por los parámetros Curriculares* |  |  |
| *3. La carga horaria semanal del semestre está entre la permitida por los parámetros Curriculares* |  |  |
| *4. Cuenta con el aval de la Comisión Curricular de Carrera* |  |  |
| *5. Está aprobado por el Consejo de Escuela o equivalente* |  |  |

*Recomendaciones:*

 *Coordinador de la Comisión Curricular de Facultad* *\_*

*Nombre y Apellido:* *\_ Tratado el:* *\_*

*Firma y Sello*

1. **Aval del Consejo de Facultad**

Consejo de Facultad de \_ Reunión de fecha: \_

 Decano de la Facultad: \_

*Firma y Sello*

1. **Sólo para ser llenado por el Consejo de Desarrollo Curricular**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Se mantiene la concordancia con las* unidades curriculares *preladas y prelantes vigentes.* | SI | NO |
| 2. *Las unidades crédito del semestre están entre las permitidas por los parámetros Curriculares* |  |  |
| *3. La carga horaria semanal del semestre está entre la permitida por los parámetros Curriculares* |  |  |
| *4.Cuenta con el aval de la Comisión Curricular de Carrera* |  |  |
| *5. Está aprobado por el Consejo de Escuela o equivalente* |  |  |
| *6.Cuenta con el aval de la Comisión Curricular de Facultad* |  |  |
| *7. Está aprobado por el Consejo de Facultad o equivalente* |  |  |

*Recomendaciones:*

 *Coordinador del* Consejo de Desarrollo Curricular *\_*

*Nombre y Apellido:* *\_ Tratado el:* *\_*

*Firma y Sello*