|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA:** |  |
| **ESPACIO ACADÉMICO:** |  |
| **SEMESTRE:** |  | **HORAS SEMANA:** |  | **JORNADA**: |  |
| **DOCENTE:** |  |
| **FECHA Y HORA DE LA CLASE EN CALENDARIO:** |  |
| **FECHA Y HORA DE RECUPERACIÓN DE CLASE:** |  |
| **MOTIVO DE LA RECUPERACIÓN DE CLASE:** |
|  |
| Firma Docente NOMBRE COMPLETO DOCENTE | NOMBRE COMPLETO DELEGADO ESTUDIANTESDelegado Estudiantes  | AprobóV.B. Decano |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma  | Firma  | Firma  |
| NOMBRE COMPLETO DOCENTE | NOMBRE COMPLETO DELEGADO ESTUDIANTES | APRUEBANOMBRE COMPLETO DECANO |

**Nota:** *El listado de asistencia se diligencia al momento de orientar la clase reprogramada en el formato establecido para tal fin*.