

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centro Universitario de Occidente**

**División de Ciencias de la Salud. Carrera de Médico y Cirujano, Primer Año.**

**SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE EVALUACIÓN PARCIAL**

**PRIMER AÑO, CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO, Ciclo Académico 2025**

Quetzaltenango \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025

Ing. Pablo David Estrada González

Coordinador de Primer Año

Carrera de Médico y Cirujano

CUNOC.

Respetable Ing. Estrada:

Por este medio y con todo respeto solícito reposición de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ evaluación parcial del curso de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impartido por el docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que se realizó el día y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . No pude realizar la evaluación por el motivo siguiente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi expediente consta de:

* **Primera página**: Formulario Solicitud Reposición Parcial (tamaño oficio: no modificar formulario)
* **Segunda página**: Certificación Médica o documento Legal Original o Constancia de Bienestar estudiantil.
* **Tercera página**: Copia de DPI ampliado o Certificación de Nacimiento de Renap actualizada (6 meses a la fecha),
* Otro documento legal si fuera el caso

Esta solicitud es entregada **en físico**, secretaria Primer MyC., Año 2º nivel Edificio D, con los documentos para su análisis respectivo; de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Número de Registro Académico: ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Carné: (No. de DPI-CUI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Clave: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección y Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de veces que ha solicitado Reposición de Evaluación Parcial 2025:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 0 1 2 3 4 5

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico Institucional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

**\*escriba con letra de molde clara, separada**