|  |
| --- |
| **REINTEGRO A LAS LABORES ACADEMICAS** |
| Número del Contrato de Comisión de Estudios: |  |
| Comisión de Estudios en el Interior / Exterior |  |
| Nombre del Docente: |  |
| Facultad: |  |
| Decano(a) / Supervisor(a): |  |
| Estudios Adelantados: |  |
| Fecha de Reintegro a las Labores Académicas: |  |

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

Firma del Comisionado (a) Firma del Supervisor(a) del Contrato

­­­­­­

Copia: Oficina Asesora Jurídica