|  |  |
| --- | --- |
| Dependencia: | Nombre del solicitante: |
| Académica \_\_\_\_ Administrativa \_\_\_\_  | Cargo del solicitante: |
| Fecha de solicitud: | Firma del solicitante: |
| **Seleccione La Razón De La Solicitud (Anexar Propuesta Escrita)** |
| 1. Apoyo tecnológico al aprendizaje
2. Virtualización de programas
3. Capacitación

Selección:\_\_\_\_\_ |
| Responsable de la ejecución de la solicitud: | Cargo:  |
| Objetivos de la solicitud:  |
| Justificación de la solicitud: |
| Aprobación Decano: | Aprobación Vicerrector: |
| **Espacio reservado para la UVA** |
| Opción a implementar: | Fecha de respuesta: |
| Apoyo tecnológico al aprendizaje | Observaciones: |
| Virtualización de programas  | Observaciones: |
| Capacitación  | Observaciones: |
| Responsable de la UVA: | Firma: |