



Escuela de Estudios Judiciales  
Sistema de Gestión de Calidad  
FO-EEJ-56

Versión: 04

**FORMULARIO DE CANCELACIÓN Y/O REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDAD ACADÉMICA**

**Importante:** Como parte del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, la solicitud de Cancelación y/o Reprogramación debe remitirse con un mínimo de 15 días hábiles de anticipación a la fecha programada.

Fecha de Solicitud

Nombre de la Actividad Académica	
Fecha prevista originalmente para la ejecución de la actividad académica	

Modalidad de la actividad académica

Presencial

Virtual

Híbrida

**SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE ACTIVIDAD ACADÉMICA**

**Observación:** Se debe solicitar cuando la actividad ya no será impartida.

**Cancelación de Actividad:** (Señale con una x su respuesta)

Si

No

**Motivo de cancelación:** (Si, su respuesta fue "Si" por favor señale con una x, y adjunte documentos de respaldo)

- |   |  |
|---|--|
| Por instrucción de la autoridad superior.   |  |
| Por haber sido superada la necesidad que abordaría la capacitación o fue atendida por otro curso. |  |
| Por ya no ser necesaria la actividad académica.   |  |
| Otra (especifique):   |  |

**SOLICITUD DE REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDAD ACADÉMICA**

**Observación:** Se debe solicitar cuando se necesita modificar la fecha de ejecución de la actividad académica

**Reprogramación de la Actividad:** (señale con una x su respuesta)

Si

No

**Motivo de reprogramación:** (especifique)

- |  |  |
|--|--|
| Por coincidir con otra actividad.                                  |  |
| Por instrucción de la autoridad superior.                          |  |
| Por imposibilidad del docente propuesto o falta de docente idóneo. |  |
| Otra (especifique):  |  |

**Solicitud de reprogramación:** (De necesitar reprogramación llenar los campos que apliquen)

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| Indicar fecha propuesta:     |  |
| Modalidad:                   |  |
| Horario que propone:         |  |
| Propuesta de docente:        |  |
| Contenidos: (cuando aplique) |  |
| Sede:                        |  |
| Otra (especifique):          |  |

Firma

Cargo	
Dependencia	
a cancelación y/o reprogramación	

Vo.Bo.

\*\*De autoridad superior si se requiere