UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE TOTONICAPÁN
CONTROL ACADÉMICO

SOLICITUD DE CONVALIDACIONES

Fecha: _____

Nombre: _____

Registro Académico: _____ CUI: _____

Tel._____

De la Carrera: **Plan:**	**A la Carrera:** **Plan:**

Código	Curso	Observaciones

f)_____