



UNIVERSIDAD ICESI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
**FORMATO DE PLAN DE REPOSICIÓN DE TURNOS**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

Número de horas totales a reponer: \_\_\_\_\_

Fecha de reposición	Hora de inicio de la actividad	Hora de finalización de la actividad	Número de horas de la sesión	Firma y sello del docente

**Observaciones**

1. El tiempo máximo de trabajo académico no puede sobrepasar las 66 horas semanales ni las 12 horas continuas.
3. El plan de reposición debe ser cargado en la aplicación de Procedimientos académicos MED en la sección "Cargue de formato de reposición"

Certifico que la información consignada es veraz

\_\_\_\_\_  
Firma estudiante

Nombre estudiante: \_\_\_\_\_

**NOTA: Recuerde que una vez haya culminado su periodo de reposición, debe subir este formato completamente diligenciado en la sección "Cargue documento de reposición" en la aplicación. Recuerde que se le pedirá que ingrese el número de radicación al momento de reportar la ausencia**