**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CONSEJO DE FACULTAD**

**ACTA 485-2017**

Carácter: Virtual Extraordinario

Fecha: 01-12-2017 (Viernes)

Hora: 07:30 horas

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTICIPANTES** |   |
| **Nombre Convocado** | **Cargo** | **Participó** | **Observación** |
| **Si** | **No** |
| ANGELA MARÍA FRANCO C. | Decana - Presidenta | **X** |  |  |
| CARLOS MARTÍN ARDILA MEDINA | Vicedecano - Secretario | **X** |  |  |
| JORGE LUIS SIERRA LOPERA | Jefe Depto. Atención Odontológica Integrada |  |  |  |
| GONZALO JARAMILLO D. | Jefe Departamento Estudios Básicos | **X** |  |  |
| DAVID ARBOLEDA TORO | Jefe Centro de Investigaciones | **X** |  |  |
| JAIME ALBERTO POSSO M. | Representante de los Egresados | **X** |  |  |
| PAULA ANDREA ZAPATA M. | Representante de los Estudiantes | **X** |  |  |

|  |
| --- |
| **2. ORDEN DEL DÍA** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Verificación del Quórum.  |
| 2. | Consideración del orden del día. **PUNTO ÚNICO:**Cordial saludo Miembros del Consejo de Facultad: Adjunto documentos con la solicitud de la Coordinadora de la Maestría y el Doctorado en Ciencias Odontológicas  para  modificar los cupos para la maestría en la convocatoria 2018-1 Se necesita dar trámite ante el  Comité Central de Posgrado con aval del  Consejo de Facultad.Favor enviar sus respuestas con la aprobación o no, HOY viernes 1 de diciembre antes de las 3:00 de la tarde.  |

|  |
| --- |
| **4. DESARROLLO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del solicitante o proponente** | **Asunto de la solicitud** | **Decisión** |
| Coordinadora de Posgrados | Aval para modificar los cupos para la maestría en la convocatoria 2018-1 | El consejo avala la solicitud y la Facultad se compromete a suplir los costos en caso de presentarse déficit. |

**ÁNGELA MARÍA FRANCO C.**  CARLOS MARTIN ARDILA M.

Presidenta Secretario