

		FECHA DE SOLICITUD: 11/03/2019	
NOMBRE ESTUDIANTE: María Camila Bejarano Rodríguez		TELÉFONO /CELULAR: 318-345-5591	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No 1.075.682.474		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. _____ DE: Zipaquirá	
ESTUDIANTE: MATRICULADO <input checked="" type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> GRADUADO <input type="checkbox"/>		FECHA DE GRADO DD MM AA	
NOMBRE DE PROGRAMA: Fotografía y Comunicación Visual		CÓDIGO ESTUDIANTIL: 79191501	
MODALIDAD: PRESENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> VIRTUAL <input type="checkbox"/>		JORNADA: D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
SEMESTRE QUE CURSA: 6		SEMESTRE QUE CURSÓ: <input type="checkbox"/>	

Nº	CERTIFICADO	MARQUE CON UNA X EL CERTIFICADO DE SU INTERÉS								
1	CONSTANCIA DE ESTUDIOS MATRICULADO	X								
2	CONSTANCIA DE ESTUDIOS CON DURACIÓN DE CARRERA									
3	CONSTANCIA DE ESTUDIOS CON HORARIO									
4	CONSTANCIA DE ESTUDIOS CON HORARIO CPG									
5	CONSTANCIA DE ESTUDIOS - CURSÓ Y APROBÓ									
6	CONSTANCIA DE ESTUDIOS - CURSÓ									
7	CERTIFICADO DE NOTAS POR SEMESTRE (ESPECIFIQUE LOS SEMESTRES) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">SEMESTRE</td> <td style="width: 25%;">NOTAS</td> <td style="width: 25%;">SEMESTRE</td> <td style="width: 25%;">NOTAS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> TRANS UNIVERSITARIO POSGRADO </div>	SEMESTRE	NOTAS	SEMESTRE	NOTAS					
SEMESTRE	NOTAS	SEMESTRE	NOTAS							
8	CERTIFICADO DE NOTAS POR PERIODO (SEÑALE EL PERIODO LECTIVO REQUERIDO) AÑO <input type="text"/> PERIODO LECTIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
9	CERTIFICADO DE NOTAS NIVELES DE INGLÉS									
10	CERTIFICADO DE PLAN DE ESTUDIOS									
11	CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA									
12	DUPLICADO ACTA DE GRADO									
13	CONSTANCIA TERMINACIÓN DE ESTUDIOS (GRADUADOS)									
14	CONSTANCIA DE ESTUDIOS GRADO PENDIENTE									
	OBSERVACIONES:									

VALOR A PAGAR \$20.000
 NOMBRE SOLICITANTE María Camila Bejarano Rodríguez C.C. 1.075.682.474

NOMBRE ESTUDIANTE		CÓDIGO ESTUDIANTIL	
NOMBRE DE PROGRAMA		VALOR PAGADO	
FECHA SOLICITUD	DD MM AAAA	Reclame su certificado en Registro y Control Académico presentando este desprendible en la fecha:	DD MM AAAA