

Espacio exclusivo de Registro y Control Académico		FECHA DE SOLICITUD: 10/09.2020 DD MM AAAA
Día de entrega 15/09/2020		
NOMBRE ESTUDIANTE JOSIMAR MONTES DE OCA PEREZ		TELEFONO CELULAR: 3187895109
No. DE DOCUMENTO 1.096.185.201 C.C. X T.I. C.E.		Lugar de expedición: BARRANCABERMEJA
ESTUDIANTE: MATRICULADO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> GRADUADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE GRADO 18 09 2020
NOMBRE DE PROGRAMA ESPECIALIZACION EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO ESTUDIANTIL 11196369
MODALIDAD: PRESENCIAL <input type="checkbox"/> VIRTUAL <input checked="" type="checkbox"/>		JORNADA <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> X
SEMESTRE QUE CURSA <input type="checkbox"/>		SEMESTRE QUE CURSÓ: TODOS LOS SEMESTRES
Item	Tipo de Solicitud	Marque con una X lo requerido
1	Certificado estudiante matriculado	
2	Certificado con duración de carrera	
3	Certificado estudiante con horario de clases	
4	Certificado estudiante matriculado en CPG <input type="checkbox"/> con horario <input type="checkbox"/>	
5	Certificado semestres que cursó y aprobó (no contiene notas)	
6	Certificado de notas por semestre(señalar los semestres que requiere) Sem: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> CPG <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> TIS <input type="checkbox"/> Posgrado <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	X
7	Certificado de notas por periodo académico Año <input type="text"/> Periodo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	
8	Certificado plan de estudios (relación de materias sin notas)	
9	Certificado buena conducta	
10	Certificado terminación de estudios (Graduado)	
11	Certificado de terminación de estudios (Grado pendiente)	
12	Certificado de subsidio en formulario de entidad	
13	Certificado de Prácticas	
14	Certificado Niveles de Ingles	
15	Duplicado: Acta de Grado <input type="checkbox"/> Diploma de Grado <input type="checkbox"/> Tomado de CPG <input type="checkbox"/>	
16	Contenidos programáticos	
17	Constancia valor de matrícula	
<b>OBSERVACIONES:</b> SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NOTAS PARA TRAMITE DE LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.		

VALOR A PAGAR : \$ 20.700

**Importante:** Debe retirar los certificados antes de 6 meses a partir de la fecha de su solicitud, después de este tiempo tendrá que realizar nuevamente la solicitud y pago.