

Espacio exclusivo de Registro y Control Académico		FECHA DE SOLICITUD: DD MM AAAA
Dia de entrega <input type="text"/>		
NOMBRE ESTUDIANTE JORGE MARIO MANUEL MEJIA LORA		TELEFONO CELULAR 3133603473
No. DE DOCUMENTO: 13.717.178 C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. _____ C.E. _____		Lugar de expedición: BUCARAMANGA
ESTUDIANTE: MATRICULADO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> GRADUADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE GRADO 20-03-2020
NOMBRE DE PROGRAMA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO ESTUDIANTIL 11194103
MODALIDAD: PRESENCIAL <input type="checkbox"/> VIRTUAL <input checked="" type="checkbox"/>		JORNADA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N
SEMESTRE QUE CURSA <input type="text"/>		SEMESTRE QUE CURSÓ <input type="text"/>
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 horar <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"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	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"/> Diplomado de CPG <input type="checkbox"/>	
16	Contenidos programáticos	
17	Constancia valor de matrícula	

OBSERVACIONES: ENVIAR CERTIFICACION AL SIGUIENTE CORREO: marioposillo@gmail.com.
Se requiere el certificado para el tramite de la licencia en salud ocupacional

VALOR A PAGAR __20700

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.