

| Espacio exclusivo de Registro y Control Académico | | FECHA DE SOLICITUD: DD MM AAAA |
|---|--|--|
| Dia de entrega <input type="text"/> | | |
| NOMBRE ESTUDIANTE | MARIA LUISA BAYONA P. | TELEFONO CELULAR 3015391119 |
| No. DE DOCUMENTO | 39784922_ C.C._X__T.I.___C.E.___ | Lugar de expedición: Bogota |
| ESTUDIANTE: MATRICULADO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> ADUADO <input type="checkbox"/> FE <input checked="" type="checkbox"/> DE GRADO 19-02-2021 | | |
| NOMBRE DE PROGRAMA | ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CÓDIGO ESTUDIANTIL: |
| MODALIDAD: PRESENCIAL <input type="checkbox"/> | VIRTUAL <input checked="" type="checkbox"/> | JORNADA <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> c <input type="checkbox"/> orario | |
| 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 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) | X |
| 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"/> ploma de Grado <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> ado de CPG | |
| 16 | Contenidos programáticos | |
| 17 | Constancia valor de matrícula | |

OBSERVACIONES: Solicito los siguientes documentos: "pensum académico y calificaciones que soporten los campos de acción de mi formación" requisito para la entrega de licencia en salud ocupacional.(enviar al correo: mluisa.bayona@goldsysla.com

VALOR A PAGAR _____

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.