

Ciudad: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

TIPO DE SOLICITUD

		OFICINA DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO			
OPC.	CANT	TIPO	OPC.	CANT.	TIPO
		Constancia Buena Conducta			Constancia Terminación de Estudios
		Constancia de Reserva de Cupo			Certificado Sábana de Notas Graduado, Fecha y No. de Acta: _____
		Certificado de Notas Períodos Académicos _____			Constancia de Aceptación en la Universidad
		Constancia de Estudio Semestre en Curso			Internado Rotatorio (Medicina)
		Constancia de Estudio Período No Vigente Año: _____ Período: _____			MARQUE ÉSTA CASILLA Si va a autenticar el documento

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres:		Apellidos:	
Documento de Identidad No.		Lugar de Expedición:	
Código:		Semestre Matriculado:	
Programa:			
Presencial		Distancia:	Postgrado
Firma del Solicitante:			
Teléfono:		e-mail:	

RECIBIDO

		OFICINA DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO			
Fecha de Entrega:		Día	Mes:	Año:	
Nombres:		Apellidos:			
Documento de Identidad No.		Lugar de Expedición:			
TIPO DE SOLICITUD					
OPC.	CANT	TIPO	OPC.	CANT.	TIPO
		Constancia Buena Conducta			Constancia Terminación de Estudios
		Constancia de Reserva de Cupo			Certificado Sábana de Notas Graduado, Fecha y No. de Acta: _____
		Certificado de Notas Períodos Académicos _____			Constancia de Aceptación en la Universidad
		Constancia de Estudio Semestre en Curso			Internado Rotatorio (Medicina)
		Constancia de Estudio Período No Vigente Año: _____ Período: _____			MARQUE ÉSTA CASILLA Si va a autenticar el documento

PARA LA ENTREGA DEL DOCUMENTO SOLICITADO, ES OBLIGATORIO LA ENTREGA DE ÉSTE RECIBIDO

Sello de Recibido Oficina de Admisiones,
Registro y Control Académico
Nombre: _____