	Solicitud de Constancias y Certificados	Código	FGA-157 v.00
		Página	1 de 1

Ciudad: ___ Día: ___ Mes: ___ Año: ___

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 ESTA CASILLA Si va a autenticar el documento

De ser necesario indique lo siguiente:


Fecha de inicio y fin del semestre	SI	NO
Intensidad horaria semanal Indirecta	SI	NO

Escriba la Entidad a la cual va dirigida _____

INFORMACIÓN PERSONAL

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

Firma del Solicitante: _____

	Solicitud de Constancias y Certificados	Código	FGA-157 v.00
		Página	1 de 1

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

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 ESTA CASILLA Si va a autenticar el documento

De ser necesario indique lo siguiente:

Fecha de inicio y fin del semestre	SI	NO
Intensidad horaria semanal Indirecta	SI	NO

Escriba la Entidad a la cual va dirigida _____

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

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