



Fecha de  
 Certificación

Día	Mes	Año

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Código Estudiante	Apellido (s)	Nombre (s)
Código del Plan	Nombre Plan	
Correo electrónico	Dirección	Barrio
Municipio	Departamento	País
Teléfono	Celular	

**2. DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

Cédula de Ciudadanía No.	Cédula de Extranjería No.			
Pasaporte No.	de	Con Visa No.	de	Válida hasta
Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado civil		
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino				

**3. EXPERIENCIA LABORAL**

Empresa donde Trabaja	Cargo que desempeña	
Dirección de la empresa	Ciudad	Teléfono

**4. DOCUMENTOS ANEXOS**

Favor anexar los siguientes documentos:

Recibos originales de cancelación correspondiente a derechos de certificación

Documentos exigidos por la Coordinación de Auxiliares de la Escuela de Odontología.

¡ATENCIÓN! En caso que el Área de Registro Académico, constate que en la ficha académica no reposan algunos de los siguientes documentos: copia documento de identificación vigente, copia diploma o acta de Bachiller; se procederá a notificar a la Coordinación de Auxiliares, para que sean adjuntados por el candidato a la presente solicitud.

**Por considerar que he cumplido con la totalidad de los requisitos académicos, le solicito al Coordinador de Auxiliares  
 Me incluya en el proceso de certificación para optar al título.**

Fecha

Día	Mes	Año

\_\_\_\_\_

**Firma del aspirante**

**Espacio para uso exclusivo de la Coordinación de Auxiliares de la Escuela de Odontología**

**La Coordinación de Auxiliares hace constar que el (la) estudiante ha cumplido con todos los requisitos exigidos  
 para optar por la certificación correspondiente. La revisión se efectuó con base en la Resolución  
 No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del Consejo de Facultad.**

\_\_\_\_\_

**Firma del Coordinador Auxiliares**

NOTA: La firma del Coordinador hace constar además que el estudiante está a paz y salvo con la Facultad por todo concepto.