



CONTRASEÑA (c.c.) _____

CUI: _____
(Código Único de Identificación)

Registro Académico: _____
(No. de Carné)

TRÁMITE CERTIFICACIÓN CIERRE DE PENSUM
(Firmas Originales)

Guatemala, _____

Nombre completo: _____

Título de Enseñanza Media: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Correo Electrónico _____

CARRERA	AUDITORÍA	<input type="checkbox"/>	SEXO	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	PLAN	1969	<input type="checkbox"/>
	ECONOMÍA	<input type="checkbox"/>		MASCULINO	<input type="checkbox"/>		1975	<input type="checkbox"/>
	ADMINISTRACIÓN	<input type="checkbox"/>					1995	<input type="checkbox"/>

- **PRIMERA SOLICITUD** -----
Fecha de aprobación de Práctica Integrada _____
Fecha de aprobación de Seminario Integrador _____
- **RENOVACIÓN** (si ha solicitado certificación anteriormente) -----

LLENAR EL FORMULARIO CON LETRA LEGIBLE Y ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **Fotocopia ampliada del DPI (legible para poder dar trámite a su solicitud)**
- Recibo de pago por Q.4.00 (cancelar en ventanilla 2, Edif. S-8)

CERTIFICACIONES DE CIERRE DE PENSUM

No. contraseña (c.c.) _____

CUI: _____ Reg. Académico: _____

Nombre: _____

Primera solicitud

Renovación

Fecha de recepción: _____

(se entregarán en 15 días hábiles a partir de la presente fecha)