MINISTERIO DE EDUCACIÓN
GUATEMALA

CERTIFICADO DE ESTUDIOS
NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, CICLO DIVERSIFICADO

Bachillerato ◯ **Perito** ◯ **Secretariado** ◯ **Magisterio** ◯

De la Carrera: _____

El (la) infrascrito(a) Director(a) del _____ del municipio de: _____, del departamento de _____ creado según Resolución o Acuerdo No. _____ de fecha _____ y código No. ____ - ____ - _____ - ____

CERTIFICA:

Que el(la) estudiante: _____ con número de código personal _____, durante el ciclo escolar 20 ____ cursó en el Nivel Medio, el _____ **GRADO DEL CICLO DIVERSIFICADO.** Con base en las evaluaciones realizadas se hizo acreedor(a) a los siguientes puntajes:

No.	Áreas, Subáreas o Asignaturas	Puntajes		Aprobada o No Aprobada
		En números	En Letras	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

En fe de lo anterior, se extiende el presente certificado, a los ___ días del mes de_____del 20___

_____ Nombre del Secretario (a)

_____ Firma del Secretario (a)

SELLOS

_____ Nombre del Director (a)

_____ Firma del Director (a)

Notas:
Las áreas curriculares se consideran aprobadas si el alumno(a) obtiene un mínimo de 60 puntos en la escala de 0 a 100 puntos. Escriba en la última columna Aprobado o No aprobada para cada una de las áreas curriculares.
Un alumno(a) es promovido(a) al grado inmediato superior según el Artículo 27 de l Acuerdo Ministerial 436 – 2008 , con los criterios siguientes: Los estudiantes de todos los grados del Nivel Medio serán promovidos al grado o semestre inmediato superior, cuando aprueben todas las áreas, subáreas, asignaturas o su equivalente en el plan de estudios respectivo, con un mínimo de sesenta (60) puntos como promedio de los puntajes obtenidos en las evaluaciones registradas durante el ciclo escolar.

Registro de Recuperación (Primera Recuperación**)**

No.	Áreas, Subáreas o Asignaturas	Puntajes		Aprobada o No Aprobada
		En números	**En** Letras	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

En fe de lo anterior, se extiende el presente certificado, a los ___ días del mes de_____del 20___

_____ Nombre del Secretario (a)

_____ Firma del Secretario (a)

SELLOS

_____ Nombre del Director (a)

_____ Firma del Director (a)

Registro de Recuperación (Segunda Recuperación**)**

No.	Áreas, Subáreas o Asignaturas	Puntajes		Aprobada o No Aprobada
		En números	En Letras	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

En fe de lo anterior, se extiende el presente certificado, a los ___ días del mes de_____del 20___

_____ Nombre del Secretario (a)

_____ Firma del Secretario (a)

SELLOS

_____ Nombre del Director (a)

_____ Firma del Director (a)