|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Solicitante** |  Coordinador o Director del programa |
| **Fecha y Lugar del Curso** | Fecha y lugar donde se desarrollará el curso |
| **Programa** |  |
| **Cohorte** |  | **Semestre** |  |
| **Seminario** |  |
| **Facultad** |  |
| **Objeto** (Nombre del curso – Ciudad donde se encuentra el Registro Calificado del Posgrado) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contratista** | Nombre del docente que va a dictar el curso |
| **Número de cédula** |  | **Lugar de Expedición** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Celular** |  | **Correo Electrónico** |  |
| **Dirección Domicilio** |  |
| **Perfil Profesional** | Título de Pregrado y último de Posgrado |
| **Tipo de Vinculación** | **Interno:** Planta, Tiempo Completo Ocasional o Administrativo | **Externo:** |
| **Grado de Escolaridad** | Pregrado, Especialista, Magister y/o Doctor |
| **Horario Desarrollo del Curso** | Fechas de la Intensidad Horaria del curso que se va orientar,  según la planificación del Protocolo de Viabilidad Económica |
| **Número de Cuenta Bancaria** |  | **Entidad** |  |
| **Tipo de Cuenta** |  |

DIRECTOR