|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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