## REGISTRO DE FIRMAS DE TITULARES

**Nombre del Programa de Posgrado:**

**Código:**

**Fecha:**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………… Nombre(s) y Apellidos (s) del Representante Legal  Institución / Dependencia | …………………………………………………………………… Nombre(s) y Apellidos (s) del Responsable de  Administración y Finanzas Institución / Dependencia |

…………………………………………………………………….. Nombre(s) y Apellidos (s) del Coordinador

Académico Institución / Dependencia