***REGISTRO DE FIRMAS***

**Nombre del Programa de Posgrado:**

**Código:**

**Fecha:**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………Nombre(s) y Apellidos (s) del Representante LegalInstitución / Dependencia | ……………………………………………………………………Nombre(s) y Apellidos (s) del Director de Administración y FinanzasInstitución / Dependencia |

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………..Nombre(s) y Apellidos (s) del Coordinador Académico Institución / Dependencia |