***REGISTRO DE FIRMAS***

**Nombre del Programa de Posgrado:**

**Código:**

**Fecha:**

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

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