**El formato se deberá diligenciar en letra legible y sin enmendaduras.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de solicitud: Devolución: [ ]**  |  **Cruce de cuentas: [ ]**  |
| **Dirigido a:**   |
| **Cargo:** Vicerrector Administrativo |
| **Nombre del Solicitante:**       |
| **Número y Tipo de Documento de Identidad:** (Anexar fotocopia de la cédula y/o RUT)      |
| **Dirección:**       |
| **Teléfono Fijo:**        | **Celular:**       |
| **Correo Electrónico:**       |
| **Cuenta Bancaria:** (Anexar certificación bancaria)**[ ]  Ahorros N°:**  |  **[ ]  Corriente N°:**  |
| **Nombre Entidad Bancaria del Solicitante:**       |
| **Nombre a quien pertenece la cuenta bancaria:** (Aplica solo en casos de que el beneficiario sea menor de edad).       |
| **Justificación:** No apertura de Programa de Posgrado Maestría en xxxxxxx |
| **Nombre Banco donde realizó el depósito:** (Anexar recibo de pago y desprendible de pago)      |

Firma del solicitante Vo.Bo. Ordenador de Gasto

**Firma Jefe de Dependencia (**Solo en caso de Reintegro)

**Nombre completo:**

**Teléfono o celular:**