**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:**