



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
SOLICITUD AVAL ACADÉMICO

Completar la siguiente información para que su solicitud pueda ser evaluada. Recuerde anexar la documentación correspondiente.

1 Información general de la entidad solicitante/facturación

Entidad solicitante (razón social): _____

Departamento o área de la entidad solicitante: _____

Cédula/RUC: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Calle (s) y Número o Sector

Usar mismos datos para facturación: SI NO *llenar los datos a continuación*

Entidad solicitante (razón social): _____

Cédula/RUC: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Calle (s) y Número o Sector

2 Información del contacto de la entidad solicitante

Nombre persona de contacto: _____
Nombre (s) Apellido (s)

Cédula persona de contacto: _____ Teléfono persona de contacto: _____

Correo electrónico persona de contacto: _____

3 Detalle del programa

Nombre del programa: _____

Tipo de programa: Abierto al público In Company Servicio educativo: Curso Taller Congreso
Certificación Conferencia

Modalidad programa: Presencial* En línea Semi presencial

Lugar*: _____

Número de cursos que tiene el programa: _____

4 Detalle de los cursos

En el siguiente espacio detalle la información de cada uno de los cursos que requiere aval

Nombre del curso: _____

Fecha de inicio del curso: _____ / _____ / _____ Fecha de fin del curso: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horas académicas: _____ Número participantes: _____ Aprobación Asistencia

Nombre del curso: _____

Fecha de inicio del curso: _____ / _____ / _____ Fecha de fin del curso: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horas académicas: _____ Número participantes: _____ Aprobación Asistencia

Nombre del curso: _____

Fecha de inicio del curso: _____ / _____ / _____ Fecha de fin del curso: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horas académicas: _____ Número participantes: _____ Aprobación Asistencia

Nombre del curso: _____

Fecha de inicio del curso: _____ / _____ / _____ Fecha de fin del curso: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horas académicas: _____ Número participantes: _____ Aprobación Asistencia

5

Yo, _____ como representante de la entidad que solicita este aval, conozco y acepto lo siguiente:

Al emitir un aval la Universidad San Francisco de Quito USFQ no es responsable por el programa, cualquier incumplimiento en relación con la ejecución del programa, esto es de responsabilidad exclusiva del promotor y responsable del proyecto que pidió el aval. En ningún caso, este aval implica la emisión de un título universitario para los participantes del programa avalado, ni éstos pueden ser considerados estudiantes de la USFQ; de acuerdo con la normativa de educación superior del Ecuador.

Firma: _____

Fecha: _____