

ANDE**BONIFICACIÓN POR TÍTULO PROFESIONAL**

Sigla / Nº / Año

ID Flujo:

Nombre y Apellido:	_____	Pers. N°	_____
Unidad Administrativa:	_____		
Teléfono Celular N°:	_____	Teléfono Interno N°:	_____
Correo Electrónico:	_____		
Título Obtenido:	_____		
Institución Educativa:	_____		
Duración de la carrera:	_____ años	Año de Egreso:	_____
Documentos que se anexan:	<input type="checkbox"/> Fotocopia Autenticada del Título Profesional <input type="checkbox"/> Fotocopia Autenticada del Certificado de Estudios <input type="checkbox"/> Código QR del Ministerio de Educación y Ciencias (MEC)		
Observaciones:	_____		
NOTA: Certifico, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados en este formulario, así como los documentos, son verdaderos y completos.			

			Firma del Solicitante
			Fecha: _____

UNIDAD ADMINISTRATIVA (a partir del Nivel Jerárquico "E")	
A: Dpto. de Formación y Capacitación (DRH/DFC)	

Firma Jefe de Unidad Administrativa	
Nombre y Apellido: _____	
Pers. N°	Fecha: _____

DPTO. DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN (DRH/DFC)	
Corresponde el pago:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Observaciones: _____	

Procesado por	Firma Jefe del DRH/DFC
Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____
Pers. N°	Fecha: _____
Pers. N°	Fecha: _____

DPTO. DE GESTIÓN DEL PERSONAL (DRH/DGP)	

Procesado por	Firma Jefe del DRH/DGP
Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____
Pers. N°	Fecha: _____
Pers. N°	Fecha: _____

Original: Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)