**NO. FOLIO:**       **FECHA (dd/mm/aaaa):**

*Este instrumento tiene la finalidad de apoyar a las áreas de la institución que requieran de apoyo para gestionar un convenio. Para un mejor seguimiento a su solicitud se requiere que llene todos los campos.*

**DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO DEL CONVENIO** (FAVOR DE SER LO MÁS EXPLÍCITO POSIBLE)

**DATOS DEL SOLICITANTE**

CENTRO O DIRECCIÓN:

DEPARTAMENTO:

NOMBRE DEL RESPONSABLE:

TELÉFONO DE CONTACTO:       E-MAIL:

**TIPO DE CONVENIO**

[ ]  General de colaboración

[ ]  Específico (prestación de servicio)

[ ]  Movilidad e Intercambio Académico

[ ]  Comodato

[ ]  Concesión

[ ]  Investigación

**AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLES TÉCNICOS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE NOMBRE Y FIRMA JEFE DE DEPARTAMENTO NOMBRE Y FIRMA DECANO/DIRECTOR**

**RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ENCARGADO DEL SECTOR GUBERNAMENTAL JEFE DE DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN**