# INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser llenado electrónicamente y adjuntado al expediente con las firmas y sellos respectivos.

1. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Solicitud**:  Autorización de Servicios  Regularización de Servicios Revalidación de Servicios | | | | |  | |
| **Nombre de la institución:**  Escribir el nombre de la institución. | | **Teléfono**(s):  Escribir aquí. | | | **Celular(es):**  Escribir aquí. | **Dirección Electrónica:**  Escribir el correo. |
| **Dirección de la institución (Aldea, Caserío, Comunidad, Paraje, Calle y número):**  Escribir la dirección de la institución. | | | **Municipio**:  Escribir aquí. | | | **Departamento**:  Escribir aquí. |
| **Tipo de institución**:  Privada  Oficial Municipal Cooperativa Otra:Especificar aquí. | | | | | | |
| **Nombre que servirá como enlace técnico para notificaciones:**  Escribir aquí. | | **Teléfono(s):**  Escribir aquí. | | | **Celular(es):**  Escribir aquí. | **Dirección Electrónica:**  Escribir el correo. |
| **Cargo o tipo de representación dentro de la institución:**  Escribir aquí el cargo. | | | | | | |
| **Si ya cuenta con los datos siguientes favor de especificarlos** | | | | | | |
| **Código del Centro Educativo:**  Escribir aquí. | **Acuerdo/Resolución de autorización del Centro:**  Escribir aquí. **de fecha** dd/mm/aa. | | | **Acuerdo/Resolución de autorización del nivel o modalidad:**  Escribir aquí. **de fecha** dd/mm/aa. | | |

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO SOLICITADO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDUCACIÓN FORMAL** | Preprimaria ☐ | **Primaria** | | | **Básicos** | | **Diversificado** | | | **Modalidad** |
| Primero  Segundo  Tercero | Cuarto  Quinto  Sexto | | Primero  Segundo  Tercero | | Cuarto  Quinto  Sexto | Carrera (Especificar): | | Seleccionar Modalidad aquí |
| **Grupo etario de la población a beneficiar (años)**  0 – 5  06 – 12  13 - 15  16 – 18  18 - 25  > 25 | | | | **Área Geográfica:**  Urbana  Rural | | **Modalidad idiomática**:  Monolingüe  Bilingüe | | | **Medios de entrega:**  Impresos  Radio  Internet  Otro (Especificar): | |
| **Si el medio de entrega es por Internet** **especificar:**  **Direccion URL:**Escribir aquí la dirección web. **Usuario:** Escribir aquí. **Contraseña:**Escribir aquí. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDUCACIÓN NO FORMAL** | **Nombre del Curso (Especificar):** | | **Área ocupacional (Especificar):** | | | **Nivel de formación:** | **Modalidad** |
| Escribir aquí. | | Escribir aquí. | | | Nivel I  Nivel II  Nivel III | Seleccionar Modalidad aquí |
| **Grupo etario de la población a beneficiar (edades)**  0 – 5  06 – 12  13 - 15  16 – 18  18 - 25  > 25 | | **Área Geográfica:**  Urbana  Rural | | **Modalidad idiomática**:  Monolingüe  Bilingüe | **Medios de entrega:**  Impresos  Radio  Internet  Otro (Especificar):Escribir aquí. | | |
| **Si el medio de entrega es por Internet** **especificar:**  **Direccion URL:**Escribir aquí la dirección web. **Usuario:** Escribir aquí. **Contraseña:**Escribir aquí. | | | | | | | |

3. DETALLE DEL SERVICIO EDUCATIVO SOLICITADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días de atención**:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves Viernes  Sábado  Domingo | | | | **Horario:**  **De:** Escribir aquí. **A:** Escribir aquí. |
| **Monto de Inscripción :**  *Q.* Escribir aquí. | | **Forma de pago**  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual | **Cuotas:**  **Cantidad de Cuotas:** cuotas. **Monto por cuota** Monto por cuota. | |
| **Justificación de los montos** | Añada aquí una justificación de los montos solicitados para la inscripción y cuotas. | | | |

|  |
| --- |
| **Observaciones:**  Añada aquí las observaciones que desee realizar para completar la información del servicio educativo solicitado. |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nombre del representante legal Cargo Firma  *Sello*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. USO EXCLUSIVO PARA LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EXTRAESCOLAR | | |
| **Fecha de Recepción:** | **Nombre de quien recibe:** | Sello de recepción |