

## Formulario Solicitud Constancia de Pago

Código: FR-SAF-002

Revisión: 05

FECHA :

NOMBRE DE FACULTAD

NOMBRE DE DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL ALUMNO

RUT ALUMNO

AÑO DE INGRESO DE ALUMNO

\* NOMBRE EMPRESA

\* RUT EMPRESA

**\* NOMBRE Y CORREO  
ELECTRÓNICO DE QUIÉN  
SOLICITA CONSTANCIA DE  
PAGO**

**\* Completar estos datos sólo en caso de que alguna empresa haya cancelado algún o la totalidad del arancel.**

**El certificado se encontrará disponible en 7 días hábiles a contar del día hábil siguiente a la solicitud.**