

Formulario para la inclusión/exclusión de usuarios en el Sistema de Colaboración Académico Docente(SICAD)

Fecha	▶
Unidad Académica o Investigación	▶
Nombre de el (la) Decano (a)/Director (a)	▶

En atención a lo señalado en la Ley de Control Interno, Ley N°8292, y la norma 5.4 del Manual de Normas Generales de Control Interno, solicito efectuar la siguiente inclusión/exclusión en el Sistema de Colaboración Académico Docente:

Nombre del funcionario	Cédula	Correo Institucional	Cargo	Inclusión /Exclusión	Uso exclusivo del STCA (Perfil)

Observaciones STCA

Procesado: _____



Firma del Director(a) / Decano



Sello de la Unidad

Página