



**SABERES  
DOCENTES**

CENTRO DE ESTUDIOS  
Y DESARROLLO DE  
EDUCACIÓN CONTINUA  
PARA EL MAGISTERIO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES · UNIVERSIDAD DE CHILE

**LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN TIENE COMO OBJETIVO DOCUMENTAR CORRECTAMENTE SU PAGO Y QUE ASÍ USTED PUEDA REALIZAR LOS TRÁMITES CONTABLES Y ADMINISTRATIVOS QUE CORRESPONDAN EN SU CASO. DE NO COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES EL CURSO SERÁ FACTURADO DIRECTAMENTE A NOMBRE DEL PARTICIPANTE**

Santiago, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Señores Universidad de Chile  
SABERES DOCENTES  
Centro de Estudios y Desarrollo de Educación Continua para el Magisterio  
Presente.

Por medio de la presente informa a ustedes que los(as) profesores(as):

Nº	NOMBRE CURSO	NOMBRE PARTICIPANTE	RUT

Para efectos de proceder a una correcta facturación solicitamos completar según corresponda:

1	Particular Contado	SI _	NO _
2	Particular Cuotas	SI _	NO _
	Valor	\$	
3	Según lo anterior, ruego emitir factura a: <ul style="list-style-type: none"><li>Nombre: _____</li><li>Rut: _____</li><li>Dirección: _____ Comuna: _____</li><li>Correo Electrónico _____</li></ul>		