



INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE CANJE DE TÍTULO

Estimado(a)

1. Completar la Solicitud para tramitar Canje del Título y scanearlos (enviar al correo titulosygrados@ulagos.cl).
2. Adjuntar Certificado de Título; Diploma de Título Original; fotocopia de su Cédula de Identidad.
3. El monto a cancelar es la suma de \$183.000.- año 2022.

Realizar la cancelación en las modalidades, que a continuación se detallan:

DATOS: De la cuenta Corriente del Banco BCI N°61011835 a nombre de la Universidad de los Lagos el Rut es: 70.772.100-6.	
TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA:	El comprobante que emite la entidad bancaria tiene que ser remitido al E-MAIL titulosygrados@ulagos.cl
CANCELAR EN SERVIPAG O DEPÓSITO BANCARIO:	Comprobante Original debe ser entregado en la Unidad de Títulos y Grados para realizar el canje de impuestos en Tesorería, de forma personal o bien enviarlo por correo a la dirección de Lord Cochrane #1046, Osorno a nombre de la señora Pamela Moreira Silva Jefa de la Unidad.

4. La Oficina de Títulos y Grados de la Universidad de Los Lagos **no realiza despacho domicilio y tampoco dentro de la ciudad de Osorno**, si a Servicios de correos de Chilexpress, solo debe indicar dirección exacta de la Sucursal (Se realiza envío solo una vez).
5. Si el Interesado, no pudiera retirar el documento este debe **designar a una persona con poder notarial original o Poder Simple a Manuscrita con la copia de Cédula de Identidad del Titular** para la entrega del instrumento.
6. El tiempo de demora del trámite del documento es de 10 días hábiles. **(El Documento debe estar cancelado para emitirlo).**

Atentamente



OFICINA DE TITULO Y GRADOS



Dirección de Docencia

**SOLICITUD DE CANJE DE TÍTULO
(Ley N° 19.238 de 1993)**

INDIVIDUALIZACIÓN SOLICITANTE Y MATERIA:

_____ Apellido
Paterno Apellido Materno Nombres
Carrera _____
Año de Ingreso: _____ Año de Egreso: _____ Fecha del Título: _____ Materia
Solicitada: (Canje de título por el homónimo que otorga la Universidad de Los Lagos)
Domicilio: _____ RUT: _____ - _____

Firma solicitante:

Para Uso Interno de la Universidad

CERTIFICADO

Certifico que Don(a) _____ ingresó a
la Carrera de _____ en _____ y egresó en _____,
habiendo obtenido el título (grado) de _____ con fecha

El interesado efectuó sus estudios de acuerdo al Plan de Estudios aprobado por Decreto del Rector del
Instituto Profesional de Osorno N° _____ de fecha _____, modificado por el D.I. N° _____

Observaciones:

Antecedentes que se acompañan (Marque lo que corresponda).

_____ 1. Certificado de Título _____ 2. Diploma de Título

Fecha: _____

SECRETARIA DE ESTUDIOS

Autorización del Secretario General de la Universidad de Los Lagos

El Secretario General de la Universidad de Los Lagos, vistos los antecedentes de
Don(a) _____, titulado(a) en el Instituto Profesional
de Osorno, autoriza el Canje de Título por el que otorga la Universidad de Los Lagos. La Oficina de
Títulos y Grados procederá a extender el Certificado y/o Diploma de Canje pertinente, previo pago
del arancel fijado para estos efectos.

Fecha: _____

Secretaria General

Para el Interesado

Canje de Título de: _____
por el correspondiente de la Universidad de Los Lagos.

_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Fecha de Recepción: _____ Fecha de Entrega del Título Canjeado: _____