

![D:\[2] ICACIT\MULTIMEDIA\DISEÑOS\ICACIT\2017\Logo_ICACIT.png]()

|  |
| --- |
| **Solicitud de Ingreso al Sistema ICACIT** |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Código del Documento | Versión | Revisado |
| F-09-00-02 | 01 | 09/01/205 |

|  |
| --- |
| **ICACIT** es una agencia acreditadora internacional especializada en programas STEM y Arquitectura de pregrado y posgrado, con más de 20 años de trayectoria profesional ininterrumpida, comprometida con la promoción de la mejora continua de la calidad educativa en los programas de educación superior. |

# Formato de Carta de Solicitud de Ingreso al Sistema ICACIT

[Membrete de la Institución Educativa]

[Ciudad], [día] de [mes] de 2025

Estimado Señor:
**Enrique Alvarez Rodrich**
Presidente del Consejo Directivo
ICACIT
Presente. -

# Asunto: Solicitud de Ingreso al Sistema ICACIT

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la [Nombre de la Institución Educativa] *del* Campus/Local [Denominación del campus o local[[1]](#Siete)], de la Sede/Filial [Nombre de la provincia establecida como sede o filial[[1]](#Siete)], domiciliado en [Dirección de la institución educativa, distrito, provincia y departamento], con Resolución de Licenciamiento Institucional [Ejemplo: 00X-20XX-SUNEDU/CD] y Vigencia del Licenciamiento Institucional [Ejemplo: 01/01/2017 – 31/12/2022], hago de su conocimiento nuestro deseo de **ingresar al Sistema ICACIT**, con el objetivo de trabajar con el modelo de calidad internacional de ICACIT y solicitar la evaluación con fines de Acreditación ICACIT de los siguientes programas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID** | **Nombre del Programa** | **Modalidad** | **Nivel de Estudios** | **Resolución de Licenciamiento Institucional (\*)** | **Vigencia del Licenciamiento Institucional** |
| 1 | Nombre del Programa 1 | Presencial o semipresencial | **Pregrado** o Posgrado (Maestría o Doctorado) | Ejemplo: 00X-20XX-SUNEDU/CD | Ejemplo:01/01/2017 – 31/12/2022 |
| 2 | Nombre del Programa 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| N | Nombre del Programa N |  |  |  |  |

Para tal fin, declaro haber revisado y leído los siguientes documentos: **“Sistema ICACIT”**, **“Manual de Políticas y Procedimientos de Acreditación de ICACIT”** y **“Cartilla de Precios ICACIT”,** por lo que, nuestra institución está de acuerdo y se compromete al cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos por el Sistema ICACIT.

Asimismo, **nos comprometemos a realizar el pago correspondiente a la membresía anual** para mantener nuestra afiliación al Sistema ICACIT. Reconocemos la importancia de esta membresía y estamos plenamente conscientes de los beneficios que conlleva para nuestra institución.

Adjunto a la presente carta se encuentra:

1. El Formato de Solicitud de Ingreso al Sistema ICACIT, proporcionado por ICACIT debidamente completados, sellados, rubricados y foliados.
2. La Resolución de Licenciamiento Institucional y su respectivo Informe Técnico o Anexos incluyendo la información de los programas que ingresaran al sistema ICACIT.

Sin otro particular, me despido de Usted reiterando mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

[Firma y Sello]
[Nombres y apellidos del Rector o autoridad de más alto rango en la institución educativa]
[Cargo de la autoridad de más alto rango en la institución educativa]

[Membrete de la Institución Educativa]

![D:\[2] ICACIT\MULTIMEDIA\DISEÑOS\ICACIT\2017\Logo_ICACIT.png]()

**Formato de Solicitud de Ingreso al Sistema ICACIT**

**Información de la Institución Educativa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información de la Institución Educativa**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución: |  |
| Nombre de la Sede o Filial: |  |
| Nombre del Campus/Local: | Registre el nombre del campus que ingresará al Sistema ICACIT: |
| Dirección: |  |
| Distrito: |  |
| Provincia: |  | Departamento/Estado: |  |
| País: |  |  |  |
| Razón Social o Nombre legal: |  |
| Número de RUC / Código de identificación tributaria: |  |
| Si la Institución tiene más sedes / filiales indique los nombres de estas: |  |

 |
| **2. Rector (o equivalente)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional personal): |  |
| Email (Del Rectorado): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  |  | Celular: |  |

 |
| **3**. [**Contacto Institucional**](#ContactoInstitucional)[**[1]**](#ContactoInstitucional) Representante de la institución educativa con quien ICACIT mantendrá una comunicación continua durante para coordinar los beneficios del Sistema ICACIT, para ver actividades y responsabilidades [[Clic aquí]](#ContactoInstitucional) |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Cargo: | Podría ser Jefe/Director de Calidad Institucional o a fines, Responsables de Calidad de Facultad, Decano de la Facultad u otra autoridad con responsabilidad en temas de calidad. |
| Grado Académico: |  |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): | Correo donde se remitirá toda la comunicación referente a los beneficios del Sistema ICACIT y con el cual podrá acceder a la plataforma SISI. |
| Tipo de Documento: | DNI/Pasaporte/Crnet Ext. | Nro. Documento | XXXXXXX |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |
| **2.** [**Coordinador ICACIT**](#CoordinadorICACIT)[**[2]**](#CoordinadorICACIT) Representante de la institución educativa, designado por el Contacto Institucional, que colaborará en la supervisión de las actividades y las responsabilidades correspondientes, para ver más detalle. [[Clic aquí]](#CoordinadorICACIT) |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Cargo: | Podrá ser Coordinador de Calidad, Asistente administrativo de la Oficina de calidad, secretaria de la oficina de calidad, director de escuela, etc. |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): | Correo donde se copiará toda la comunicación referente al Sistema ICACIT. |
| Tipo documento Identidad | DNI / Pasaporte / Carnet de Extranjería | Nro delDocumento | Agregar el número del documento de identidad |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |
| **5.** [**Contacto de marketing y comunicación o Imagen institucional**](#Coordinadormarketingcomunicaciones)[**[3]**](#Coordinadormarketingcomunicaciones) Representante de la institución educativa con quien ICACIT mantendrá una comunicación para coordinar temas de marketing, comunicaciones e Imagen institucional, para ver más detalle [[Clic aquí]](#Coordinadormarketingcomunicaciones). |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Cargo: | Podrá ser Jefe o Coordinador de área de marketing y comunicaciones, etc. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): | Correo donde se copiará toda la comunicación referente al Sistema ICACIT. |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |

 **Facultad N° 01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Decano (o equivalente)**Autoridad responsable de planificar, dirigir, supervisar y ejecutar un grupo de programas profesionales afines.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Facultad: |  |
| Grado Académico: | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Programa Profesional N.º 01 perteneciente a la Facultad N° 01** Información del programa y de la autoridad responsable de planificar y dirigir un programa profesional.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:(En español) |  |
| Nombre del Programa: (En Ingles) |  |
| Facultad que pertenece: |  |
| Nombre del Cargo: | [Director de Escuela Profesional de xxxx, Coordinador Académico xxxxxxxx] |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |

**8. Programa Profesional N.º 02** **perteneciente a la Facultad N° 01** Información del programa y de la autoridad responsable de planificar y dirigir un programa profesional.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:(En español) |  |
| Nombre del Programa: (En Ingles) |  |
| Facultad que pertenece: |  |
| Nombre del Cargo: | [Director de Escuela Profesional de xxxx, Coordinador Académico xxxxxxxx] |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

**Facultad N° 02**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Decano (o equivalente)**Autoridad responsable de planificar, dirigir, supervisar y ejecutar un grupo de programas profesionales afines.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Facultad: |  |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |
| **7. Programa Profesional N.º 01 perteneciente a la Facultad N° 02** Información del programa y de la autoridad responsable de planificar y dirigir un programa profesional.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:(En español) |  |
| Nombre del Programa: (En Ingles) |  |
| Facultad que pertenece: |  |
| Nombre del Cargo: | [Director de Escuela Profesional de xxxx, Coordinador Académico xxxxxxxx] |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

 |

**8. Programa Profesional N.º 02** **perteneciente a la Facultad N° 02** Información del programa y de la autoridad responsable de planificar y dirigir un programa profesional.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:(En español) |  |
| Nombre del Programa: (En Ingles) |  |
| Facultad que pertenece: |  |
| Nombre del Cargo: | [Director de Escuela Profesional de xxxx, Coordinador Académico xxxxxxxx] |
| Grado Académico | Doctor/Magister…. |
| Nombres: |  |
| Apellido Paterno: |  |
| Apellido Materno: |  |
| Email (Institucional): |  |
| Teléfono oficina: |  | Anexo: |  | Celular: |  |

**(\*) Puede añadir más campos que requiera de Decanos o Similar y de programas por facultad**

**Descripción de Roles de contactos de la institución educativa con ICACIT**

1. **Contacto Institucional:** Representante de la institución educativa con quien ICACIT mantendrá una comunicación continua durante para coordinar los beneficios del Sistema ICACIT, para:
2. Confirmación de proforma de pago de membresía anual.
3. Actualizar la BD de autoridades institucionales y de los programas profesionales del Sistema.
4. Informar y tomar los Beneficios del Sistema para (Programas no Acreditados y Programas Acreditados).
5. Nuevas oportunidades para las instituciones.
6. **Acceso a la Plataforma web del Sistema de información del Sistema ICACIT – SISI (**<http://icacit.org.pe/sisi>**)**  en representación de la institución para:
* Presentar solicitudes de evaluación.
* Subir los informes de Seguimiento Anual de Acreditaciones.
* Inscripción a eventos.
* Otros beneficios de los miembros del Sistema ICACIT.
1. Participan en ciertas Actividades ICACIT con invitación, en representación de la Institución. (Foros, Paneles, Eventos, Artículos, notas periodísticas, etc.)
2. Incorporar más programas profesionales al Sistema.

**Cargos posibles de Institución a ocupar este rol:** Jefe/Director de Calidad Institucional o a fines, Responsables de Calidad de Facultad, Decano de la Facultad, etc. u otra autoridad con responsabilidad en temas de calidad.

**La contraparte de ICACIT:** Gerencia General ICACIT.

1. **Coordinador ICACIT:** Representante de la institución educativa, designado por el Contacto Institucional, que colaborará en la supervisión de las actividades y responsabilidades correspondientes:
2. Seguimiento de pagos de membresía.
3. Gestionar y proveer de información provisto por ICACIT a los programas miembros del Sistema ICACIT.
4. Coordinaciones logísticas para capacitaciones de ICACIT en el campus de la institución.

**Cargos posibles de Institución a ocupar este rol:** Responsable de Acreditación, Asistente Administrativo, Asistente administrativo de la oficina de Calidad, director de Escuela, etc.

**La contraparte de ICACIT**: Responsable del Sistema ICACIT.

1. **Coordinador de marketing y comunicaciones / Imagen institucional:** Representante de la institución educativa con quien ICACIT mantendrá una comunicación para coordinar temas de:
2. Recursos multimedia.
3. Relaciones públicas.
4. Notas de prensa.
5. Publicidad.

 **La contraparte de ICACIT**: Responsable de Marketing y Comunicaciones ICACIT.