

Cédula de identificación
Datos Generales del Plan y Programas de Estudios

Entidad Federativa: _____

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono con clave lada y extensión: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del plan de estudios: _____

Modalidad educativa: Escolarizada () Mixta ()

Tipo del programa: Asignaturas o lineal () Modular () Competencias () Mixto ()

Duración del programa: Años () Semestres () Cuatrimestres () Otro ()

Especificar: _____

Total de horas: _____ Teoría: _____ Práctica: _____

Porcentaje de horas: Teoría: _____ Práctica: _____

Total de Créditos Académicos: _____

El plan de estudios cuenta con RVOE No.: _____

Otorgado por: SEP Federal () SEP Estatal () UAEMéx. () UNAM () Otro ()

Especificar: _____

Opinión Técnico Académica: 1ª. Vez () Actualización ()

Otorgada por: CIFCRHIS () CIFRHS ()

Periodo de OTA favorable otorgado: _____

Nombre y firma de quién requisita: _____

*Nota: Se deberá anexar copia simple de: acta constitutiva, constancia de domicilio y croquis de ubicación.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
COMITÉ INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACION, CAPACITACION DE
RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN EN SALUD