



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**Facultad de Medicina**



**Manual de Procedimientos**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**ABRIL 2021**



## APROBACIÓN TÉCNICA Y REGISTRO DEL MANUAL

El Manual de Procedimientos denominado capacitación continua constituida por el área de coordinación tomo con fecha de implantación de enero 2021.

Actualmente regula las actividades del área de capacitación continua elaborado por Mtra. Claudia Erika Ramírez Avila y autorizado por El Jefe Interino del Departamento José Benjamín Guerrero López.

El presente documento, se incorpora con la finalidad de dar formalidad Institucional al Manual, cuya custodia estará a cargo de la Mtra. Claudia Erika Ramírez Avila.

ELABORÓ

MTRA. CLAUDIA ERIKA RAMIREZ AVILA

AUTORIZÓ

DR. JOSÉ BENJAMÍN GUERRERO LÓPEZ



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### CONTENIDO DEL MANUAL

#### ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA REVISIÓN DE GRUPO COLEGIADO.

REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR PARTE DE LA TITULAR DEL ÁREA.

TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL ÁREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS.

ORIENTACIÓN DEL ÁREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS, POR PERSONAL ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS INTERNAS.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS: PAGO A DOCENTES.





## Manual de Procedimientos en Materia de Capacitación Continua

### OBJETIVO GENERAL

Realizar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental, generando ingresos económicos extraordinarios al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

### POLÍTICAS SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

La solicitud oficial de Registro de las Actividades Académicas para Educación Continua debe ser presentada en la Subdivisión de Graduados y Educación Continua (SGEC) de la Facultad de Medicina, ubicada en el 2º piso del edificio A en la Unidad Posgrado de la UNAM (Zona Cultural).

No realizar modificaciones a los formatos. Se anotará toda la información solicitada y se adjuntarán los documentos probatorios correspondientes al Registro de Docentes.

El Responsable Académico de la Actividad (RAA) presentará en la SGEC la solicitud para el registro en original con por lo menos 45 días naturales de anticipación a la fecha de inicio de la actividad.

La documentación se recibe en forma oficial, lo que implica un sello en el original y el talón del Acuse de Recibo lo conservará el RAA para cualquier aclaración.

El RAA recogerá el dictamen en el plazo señalado por la SGEC.

El RAA es la única persona autorizada por la SGEC para conocer el dictamen con su resultado.

Las actividades aprobadas por el Comité Académico de Evaluación quedarán registradas una vez que el RAA, o quien él designe, firme el acuse de recibo del dictamen.

Si el dictamen es “No Aprobado”, el RAA deberá realizar las modificaciones requeridas y entregarlas en el lapso señalado en el documento.

Si el dictamen es desfavorable en dos ocasiones consecutivas no procederá una tercera revisión.



Manual de Procedimientos en Materia de  
Capacitación Continua

FEBRERO 2021





ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

Procedimiento  
**PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA  
 REVISIÓN DE GRUPO COLEGIADO**

ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	6
Descripción narrativa .....	7
Diagramas de flujo .....	9
Anexos .....	11



## ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

### Procedimiento **PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA REVISIÓN DE GRUPO COLEGIADO**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Generar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

Todos los técnicos académicos, profesores de asignatura y de carrera, adscritos al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, podrán registrar actividades académicas, sin límite de eventos por año.

El requisito mínimo para presentar la propuesta es que la temática sea de vanguardia y basada en evidencia científica.

Toda actividad académica debe ser presentada ante el Grupo Colegiado del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

El Grupo Colegiado estará compuesto por Jefatura del Departamento, Coordinación de Capacitación Continua y Coordinador del área clínica, investigación o enseñanza, dependiendo del objetivo de la propuesta académica, y en algunos casos el académico que tenga la preparación y formación académica en el tema.

El Grupo Colegiado tendrá la tarea de verificar que la propuesta cubra la rigurosidad científica y congruencia entre el objetivo, el perfil del estudiante y temario, con el tipo de actividad que se pretende llevar a cabo.

El Grupo Colegiado será quien determine la aprobación o realice las sugerencias para que la propuesta cubra el rigor académico, lo cual se plasmará en el formato de dictamen.

La Coordinación de Capacitación Continua será la responsable de convocar al grupo Colegiado y elaborar el oficio con la resolución.

Se podrán presentar una o varias propuestas de actividades académicas por sesión de grupo colegiado, dependiendo la demanda.

La apertura de un curso en ingresos deberá cubrir los 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% o más de ingreso a la Facultad de Medicina.



PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA  
REVISIÓN DE GRUPO COLEGIADO

Responsable	Actividad	Documento/Programa
Profesor Titular	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Solicita el formato de registro interno.</li><li>2. Presenta propuesta con el formato registro DPSM.</li><li>3. Entrega el formato solicitud de registro DPSM.</li></ol>	Registro DPSM
Área de Capacitación Continua.	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Recibe formato.</li><li>5. Revisa solicitud de registro DPSM y realiza consideraciones acorde al tipo de propuesta para invitar al especialista en la materia al grupo colegiado.</li><li>6. Convoca al grupo colegiado.</li><li>7. Solicita sala de reunión (física o virtual).<ol style="list-style-type: none"><li>7.1 Si la sala de reunión se solicita de forma física se pedirá a la Unidad Administrativa.</li></ol></li><li>8. Notifica sobre la fecha y horario al grupo colegiado</li><li>9. Reúne al grupo colegiado:<ul style="list-style-type: none"><li>- Jefatura del Departamento</li><li>- Coordinación de Capacitación Continua</li><li>- Coordinador del área clínica, investigación, enseñanza o personal adscrito del Departamento especialista en el tema.</li></ul></li><li>10. Lleva a cabo la reunión.</li></ol>	Registro DPSM Registro DPSM



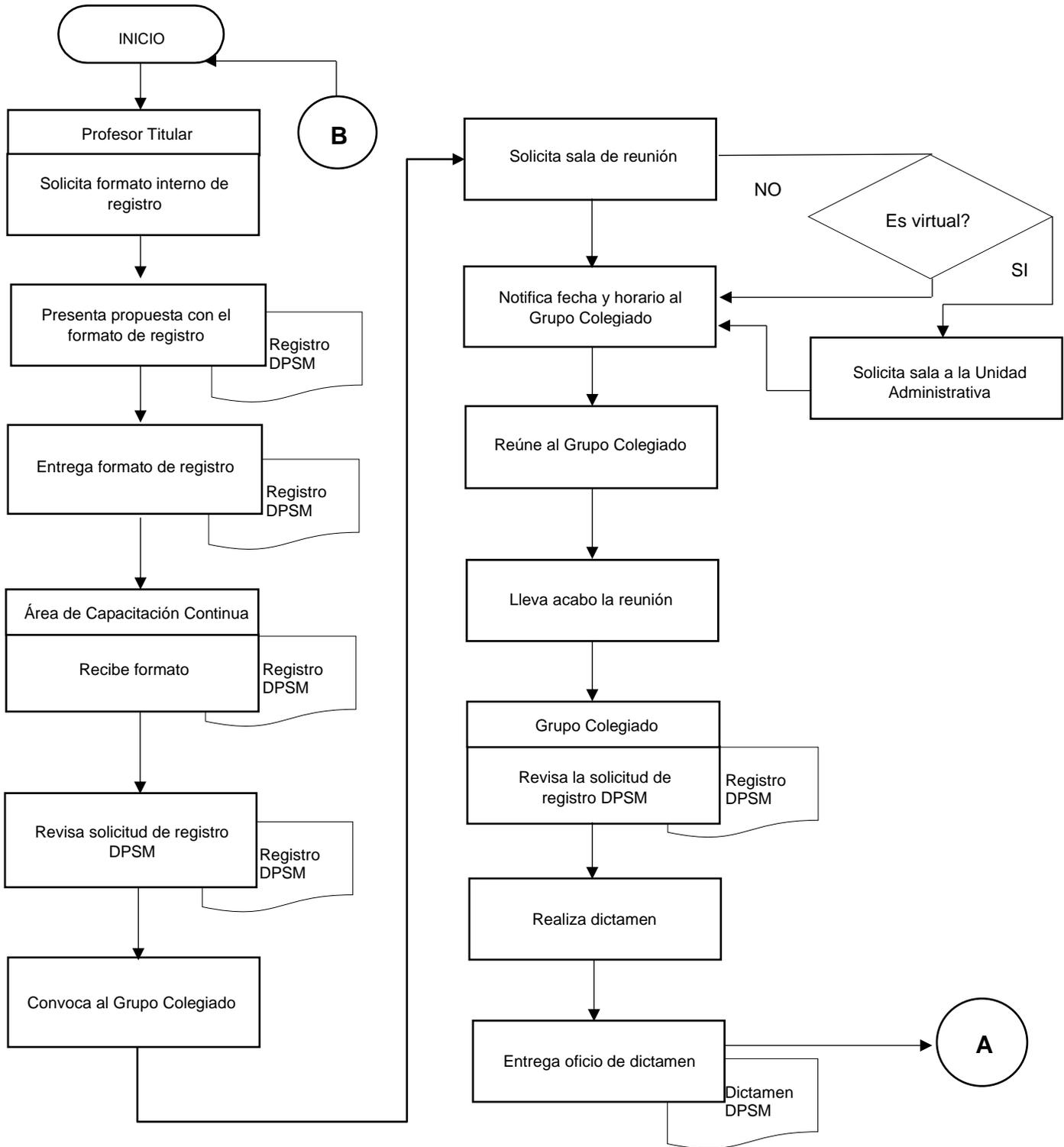


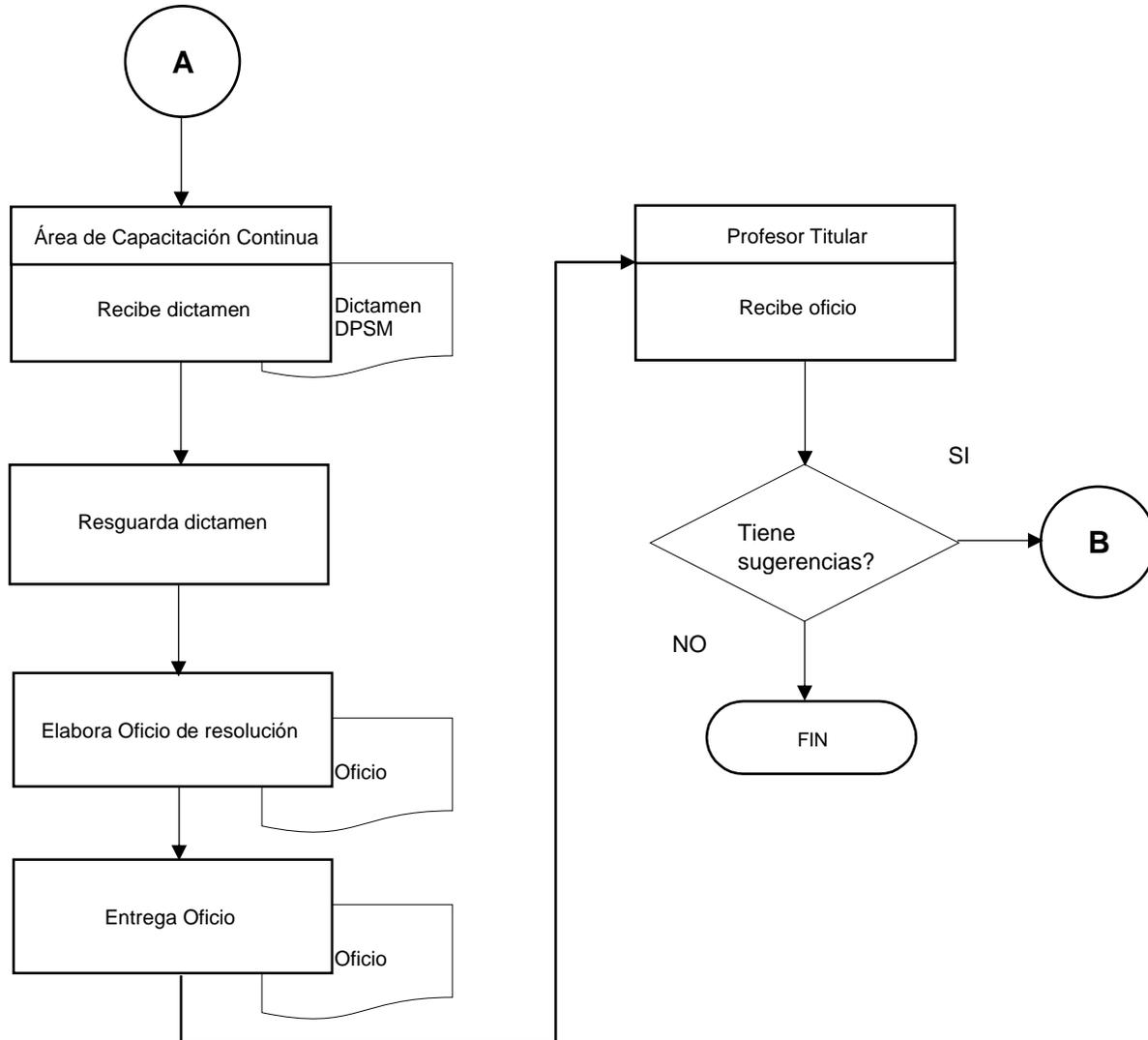
Responsable	Actividad	Documento/Programa
Grupo Colegiado	11. Revisa la solicitud de registro DPSM. 12. Realiza dictamen. 13. Entrega oficio de dictamen.	Registro DPSM  Dictamen DPSM
Área de Capacitación Continua.	14. Recibe dictamen DPSM. 15. Resguarda dictamen. 16. Elabora oficio de resolución de grupo colegiado. 17. Entrega oficio.	Dictamen DPSM  Oficio Oficio
Profesor titular	18. Recibe oficio de resolución. 18.1 En caso de haber recibido sugerencias para cubrir la rigurosidad académica, deberá realizarlas y entregar nuevamente el formato.	Oficio





**DIAGRAMA DE FLUJO: PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA AUTORIZACIÓN DE GRUPO COLEGIADO.**







## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

## PROCEDIMIENTO: PROPUESTA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS PARA REVISIÓN DE GRUPO COLEGIADO



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Registro DPSM**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
 COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA



REGISTRO INTERNO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**Fecha de solicitud:** Clic y seleccione fecha.

**Nombre de la actividad:** \_\_\_\_\_

**Tipo de actividad:** Clic y elija elemento.      **Modalidad:** Clic y elija elemento.

La actividad será registrada ante posgrado SI:  NO:

No. de horas	Teóricas	_____
	Prácticas	_____
	Totales	_____

Coordinador/a:  Profesor/a Titular:  Profesor/a Adjunto:

Nombre (s) Completos	Cargo Funciones (En el DPSM)

Profesor/a Adjunto:  Profesor/a Invitado:

Nombre (s) Completos	Cargo Funciones (En el DPSM)

Profesor/a Adjunto:  Profesor/a Invitado:

Nombre (s) Completos	Institución Laboral	Cargo (Funciones)

/  
 \*Inserte el número de filas necesarias.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
 COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA



REGISTRO INTERNO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**Fecha tentativa de inicio:** Clic y seleccione fecha.

**Fecha tentativa de término:** Clic y seleccione fecha.

**Perfil del alumno** (Indique grado estudios): \_\_\_\_\_

**Objetivo terminal:**  
 \_\_\_\_\_

**Temas y subtemas**  
 \_\_\_\_\_

**Bibliografía**  
 \_\_\_\_\_

Inserte el número de filas necesarias

\*Profesor/a titular y adjunto/a deberán anexar resumen curricular y documentos probatorios que avalen el conocimiento en el tema.





## Dictamen Grupo Colegiado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
 COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA



**DICTAMEN**  
**GRUPO COLEGIADO**

Fecha de dictamen:  Clic y seleccione fecha.

Nombre de la actividad:

Tipo de actividad:  Clic y elija elemento.      Modalidad:  Clic y elija elemento.

No. de horas	Teóricas	<input type="text"/>
	Prácticas	<input type="text"/>
	Totales	<input type="text"/>

**Grupo Colegiado**

Nombre (s) Completos	Funciones Cargo DPSM	Firma

*\*Inserte el número de filas necesarias*

Resolución:



**Asistencia y calificación**



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA**



**REGISTRO DE ASISTENCIA Y CALIFICACIÓN**

<b>Nombre de la actividad:</b>		<b>Profesor Titular:</b>			<b>No. Registro Posgrado FACMED</b>			
<b>Tipo de actividad:</b>		<b>Modalidad:</b>		<b>Plataforma utilizada:</b>			<b>No. Alumnos registrados:</b>	
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Correo	Fechas y registro de asistencias						Calificación Final
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

\*Añada el número de filas adicionales necesarias



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**

Facultad de Medicina



**Oficio FMED/DPSM/CC/**



**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN CAPACITACIÓN CONTINUA**  
**OFICIO: FMED/DPSM/CC/**  
**A SUNTO: DICTAMEN GRUPO COLEGIADO**

**PROFESOR/A TITULAR**  
**PRESENTE**

**Distinguido/a:**

Me permito distraer su fina atención, para informarle que el Grupo Colegiado de Educación Continua, en la reunión No. dd/mm/aaaa.

**Emitió la siguiente resolución:**

**Actividad Académica:**  
**Profesor Titular:**  
**Modalidad:**  
**Fecha de la Actividad:**  
**Perfil autorizado:**  
**Resolución:**

**Folio interno:**

Quedo a sus órdenes para el seguimiento correspondiente.

Atentamente

**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"**  
**Cd. Universitaria, Cd. de Mx.**

**MTRA. CLAUDIA ERIKA RAMIREZ AVILA**  
**Coordinadora de Capacitación Continua**





ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

Procedimiento  
**REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR  
PARTE DE LA TITULAR DEL ÁREA**

ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	17
Descripción Narrativa .....	18
Diagramas de Flujo.....	21
Anexos .....	23



## ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

### Procedimiento **REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR PARTE DE LA TITULAR DEL ÁREA**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Generar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

Las actividades académicas aprobadas por el grupo Colegiado podrán ser registradas ante la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, sin límite de eventos por año.

El o la profesional adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, deberá presentar el oficio de dictamen aprobado por el Grupo Colegiado de la actividad académica que desea implementar.

El profesor titular debe acatar las políticas y normas de la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, aplicables para el registro de actividades.

La Coordinación de Capacitación Continua será la responsable de los trámites administrativos ante la División de Posgrado y de la elaboración y ejecución del programa académico.

Las constancias se entregaran a los alumnos que obtengan más del 80% en acreditación y asistencia.

La apertura de un curso en ingresos deberá cubrir los 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% o más de ingreso a la Facultad de Medicina.



REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR  
PARTE DE LA TITULAR DEL AREA.

Responsable	Actividad	Documento/Programa
Área de Capacitación Continua.	1. Recibe Dictamen aprobado del Grupo Colegiado. 2. Solicita Formatos	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
División de Posgrado	3. Recibe solicitud. 4. Emite formatos. 5. Entrega formatos.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
Área de Capacitación Continua.	6. Recibe formatos. 7. Realiza programa calendarizado de las actividades académicas. 8. Registra actividad y docentes a cargo en los formatos correspondientes. 9. Entrega formatos 01 y 02.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Formato 01, 02. Formato 01, 02
División de Posgrado	10. Recibe formatos. 11. Revisa información en los formatos. 12. Realiza dictamen. 13. Entrega oficio.	Formato 01, 02. Oficio





Responsable	Actividad	Documento/Programa
<p>Área de Capacitación Continua</p>	<p>14. Recibe oficio.            14.1 En caso de recibir sugerencias, se realizaran los cambios pertinentes.</p> <p>15. Asigna fecha tentativa para inicio de actividades</p> <p>16. Evalúa a cada alumno para dictamen de solicitud aprobada o denegada.            16.1 Si el dictamen no es favorable de acuerdo a las consideraciones de cada actividad se le hará saber al alumno.</p> <p>17. Rellena el formato de alumnos aceptados.</p> <p>18. Entrega formato a cada alumno aceptado.</p>	<p>Oficio</p> <p>Oficio</p> <p>Formato 03</p> <p>Formato 04</p>
<p>Alumno</p>	<p>19. Recibe formato.</p> <p>20. Rellena formato.</p> <p>21. Entrega formato con documentos probatorios.</p>	<p>Formato 04</p> <p>Formato 04</p> <p>Formato 04</p>
<p>Área de Capacitación Continua</p>	<p>22. Recibe formato relleno del alumno y sus anexos según lo requiera.</p> <p>23. Coordina la actividad académica en la fecha previamente asignada con el docente.</p> <p>24. Entrega formatos 03 y 04 a División de posgrado.</p>	<p>Formato 04</p> <p>Formato 03, 04</p>
<p>División de Posgrado</p>	<p>25. Recibe formatos.</p> <p>26. Revisa información en los formatos            26.1 Si falta documentación o hay error en el llenado, se notifica al área de Capacitación Continua.</p> <p>27. Entrega acuse de recibido</p>	<p>Formato 03, 04</p> <p>Acuse de recibido</p>





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**

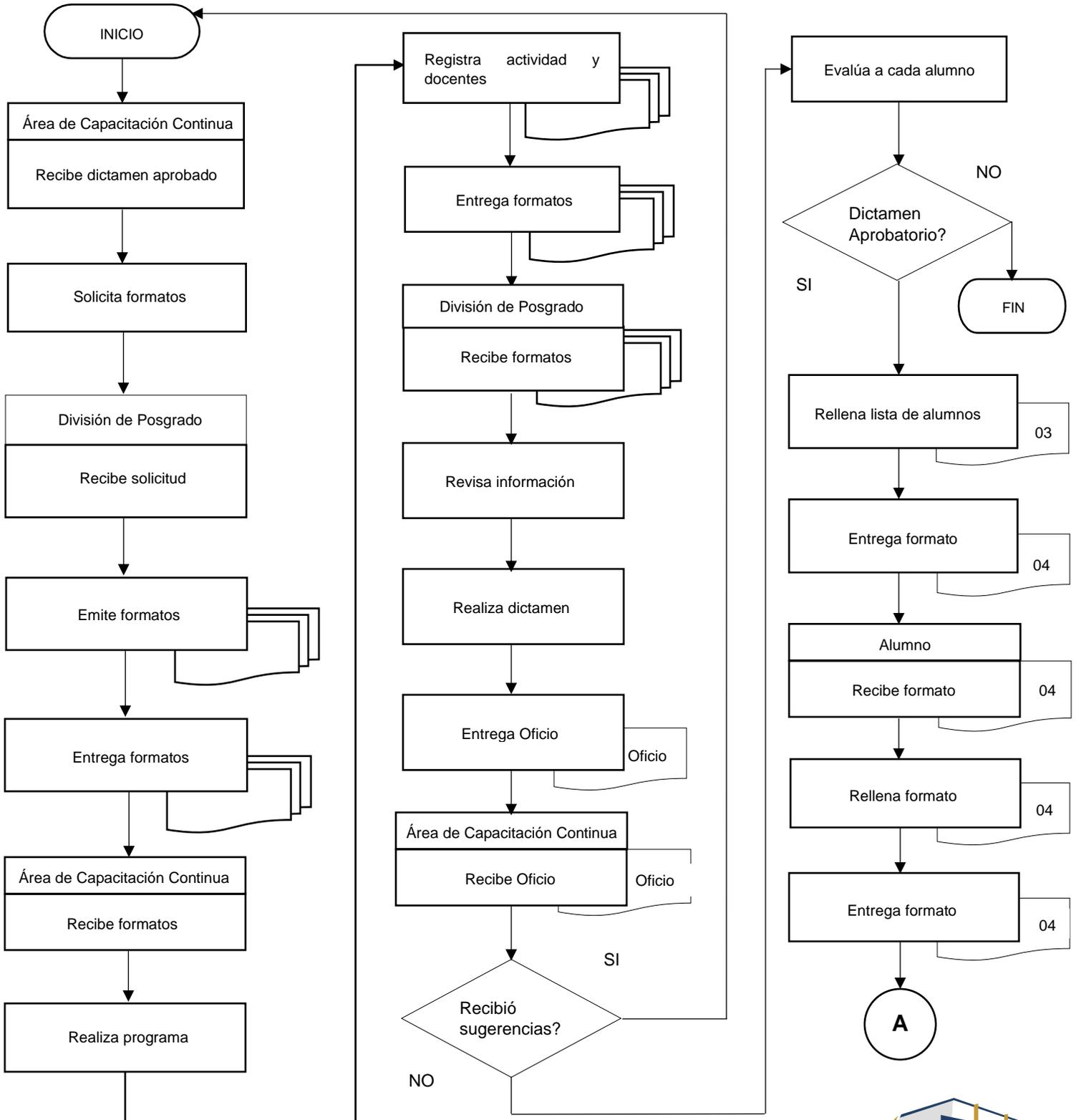


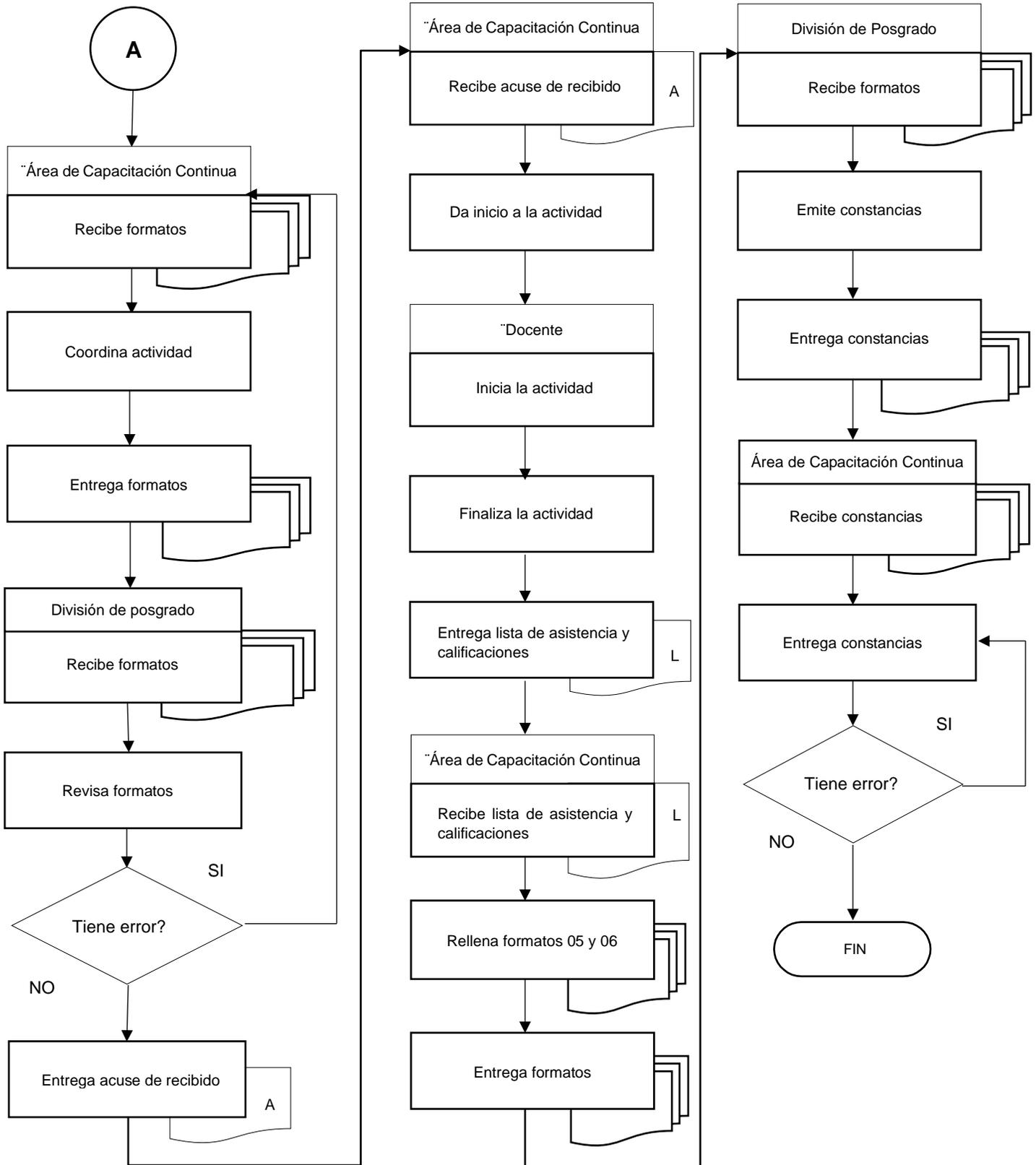
<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documento/Programa</b>
Área de Capacitación Continua	28. Recibe acuse de recibido.  29. Da inicio a la actividad académica en la fecha previamente asignada con el docente.	Acuse de recibido
Docente	30. Inicia la actividad en fecha asignada.  31. Finaliza la actividad.  32. Entrega lista de asistencia y calificaciones.	Att. Y Calif. DPSM
Área de capacitación Continua.	33. Recibe lista de asistencia y calificaciones.  34. Rellena formato 05 y 06 para solicitud de constancias a alumnos y docentes correspondientes.  35. Entrega formato 05 y 06 a la División de Posgrado.	Att. Y Calif. DPSM  Formato 05, 06.  Formato 05, 06.
División de Posgrado	36. Recibe formatos 05 y 06.  38. Emite constancias.  39. Entrega constancias.	Formato 05, 06  Constancias  Constancias
Área de capacitación Continua.	40. Recibe constancias de alumno y docentes.  41. Entrega constancias a los alumnos y docentes 41.1 Si existe alguna corrección de constancia se realizará el cambio.	Constancias





**DIAGRAMA DE FLUJO: REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR PARTE DE LA TITULAR DEL AREA**







## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

PROCEDIMIENTO:  
REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS POR PARTE DE LA  
TITULAR DEL AREA.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Oficio Aprobatorio**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**  
**OFICIO FMED/DEP/SGEC/UCS/801/2020**  
**ASUNTO: DICTAMEN DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES**  
**PSICOTERAPÉUTICAS**

**MTRA. CLAUDIA ERIKA RAMÍREZ ÁVILA**  
**PROFESORA TITULAR DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**  
**PRESENTE**

Distinguida: Dra. Ramírez

Me permito distraer su fina atención, para informarle que el Comité de Educación Continua, en la reunión No. 29/2020 emitió el siguiente dictamen con el número: 360/20 y número de clave DI19420.

Actividad Académica: **PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

Dictamen: Aprobado

No. Expediente

Fecha de la Actividad:

Perfil autorizado:

Modalidad:

Organizado por:

Sede:

Horario:

No. de alumnos:

Valor Curricular:

Período de inscripción de los alumnos en la UNAM:

Inscripción a la UNAM por :

**Información de la actividad**

En caso de no realizarse las inscripciones durante el periodo indicado, se considerará que la actividad fue suspendida y se cancelará el registro en la Facultad de Medicina.

Para emitir las constancias y diplomas correspondientes, es necesario cumplir con la normatividad de la UNAM, además de incluir el número de expediente en la papelera correspondiente. Se le solicita tenga la amabilidad de enviar la evaluación que se aplicará a los alumnos en el inicio y al final de la actividad.

Agradezco su atención y lo reitero mi más alta y distinguida consideración.

Atentamente  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
 Cd. Universitaria, Cd. Mx., 27 de octubre de 2020  
 EL JEFE DE LA SUBDIVISIÓN

**DR. JULIO M. CACHO SALAZAR**

- Dr. Gerardo Enrique Fierro Ochoa, Director de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. María Elena Torres Torres - Área del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM
- Dr. Héctor (Poncho) Nájera, Secretario Académico, DEP, Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. Héctor (Poncho) Nájera, Coordinador Administrativo de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. Andrea Andrade





**Asistencia y calificación**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA**



**REGISTRO DE ASISTENCIA Y CALIFICACIÓN**

<b>Nombre de la actividad:</b>		<b>Profesor Titular:</b>			<b>No. Registro Posgrado FACMED</b>			
<b>Tipo de actividad:</b>		<b>Modalidad:</b>		<b>Plataforma utilizada:</b>		<b>No. Alumnos registrados:</b>		
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Correo	Fechas y registro de asistencias						Calificación Final
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

\*Añada el número de filas adicionales necesarias



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 01- Registro de actividades**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

Fecha de solicitud: Clic y seleccione fecha.

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Tipo de actividad:  Clic y elija elemento. Modalidad:  Clic y elija elemento.

Fecha de inicio:  Clic y seleccione fecha. Fecha de término:  Clic y seleccione fecha.

Días de la semana y horario: \_\_\_\_\_

Horas teoría \_\_\_\_\_ Horas práctica \_\_\_\_\_ Horas totales \_\_\_\_\_ CR: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Perfil del alumno (Indique grado estudio): \_\_\_\_\_

Perfil autorizado: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Costo de inscripción total por alumno (M.N.) Costo de inscripción UNAM por alumno (M.N.)(30% del costo total)  
 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

RESPONSABLE ACADÉMICO: PROFESOR TITULAR / COORDINADOR (Nombre/s) Apellidos \_\_\_\_\_ REGISTRO DE FIBMA

NOMBRE DEL EXPERTO(S) ESPECIALISTA(S) ADJUNTO(S) (Nombre/s) Apellidos \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN(ES) ORGANIZADORA(S) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN ORGANIZADORA \_\_\_\_\_ REGISTRO DE FIBMA

Calle y número: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ URL institucional: \_\_\_\_\_

Sede (Nombre y ubicación, si hay más de una, especifique): \_\_\_\_\_

Sello de recepción



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

Objetivo terminal: \_\_\_\_\_

Metodología pedagógica (Describa la forma en que se desarrollará la actividad de educación continua, tanto las actividades del profesor como del alumno para alcanzar el objetivo terminal):  
 \_\_\_\_\_

Recursos y materiales didácticos (Equipos, espécimen biológico, software, etc.):  
 \_\_\_\_\_

Requisitos de Ingreso:	Requisitos de permanencia:	Requisitos de egreso: <small>Máximo 80% de asistencia Tiene en caso de Diplomado</small>
_____	_____	_____

Criterios y forma de evaluación:  
 \_\_\_\_\_

Cupo mínimo:	Cupo Máximo:	La actividad es:
_____	_____	Abierta: <input type="checkbox"/> Cerrada: <input type="checkbox"/> <small>(personal de la institución organizadora)</small>

Si se trata de una actividad a distancia o mixta, especifique el medio o tecnología empleado.  
 Anote la dirección electrónica (URL) donde se puede acceder a la actividad.  
 Se requiere de usuario y contraseña (temporal) para la evaluación (entregue en un sobre cerrado, dirigido al titular de la Subdivisión):  
 \_\_\_\_\_





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 01<sup>1</sup>**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**Programa Calendarizado**

Fecha	Hora	Tema teórico o práctico	Teoría (T) Práctica (P)	Profesor(es) Nombre y apellidos	Formación profesional (escriba solo una vez para cada profesor)

Inserte el número de filas necesarias

**Cronograma**

Se requiere además Programa Calendarizado.

*Ejemplificar el trabajo de una semana*

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Inserte el número de filas necesarias

**Plantilla de profesores**

Nombre	Sexo (F o M)	Nacionalidad	Cedula(s) Profesional(es)	No. de horas de participación		
				Teoría	Práctica	Totales
1.						
2.						

Inserte el número de filas necesarias

**Bibliografía sugerida**

1.
2.

Inserte el número de filas necesarias



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**ACUSE DE RECIBO**

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

**ACUSE DE RECIBO**

- La solicitud oficial de Registro de las Actividades Académicas para Educación Continua debe ser presentada en la Subdivisión de Graduados y Educación Continua (SGEC) de la Facultad de Medicina, ubicada en el 2º piso del edificio A en la Unidad Posgrado de la UNAM (Zona Cultural).
- No realizar modificaciones a los formatos. Se anotará toda la información solicitada y se adjuntarán los documentos probatorios correspondientes al Registro de Docentes.
- El Responsable Académico de la Actividad (RAA) presentará en la SGEC la solicitud para el registro en original con por lo menos 45 días naturales de anticipación a la fecha de inicio de la actividad.
- La documentación se recibe en forma oficial, lo que implica un sello en el original y el talón del Acuse de Recibo lo conservará el RAA para cualquier aclaración.
- El RAA recogerá el dictamen en el plazo señalado por la SGEC.
- El RAA es la única persona autorizada por la SGEC para conocer el dictamen con su resultado.
- Las actividades aprobadas por el Comité Académico de Evaluación quedarán registradas una vez que el RAA, o quien él designe, firme el acuse de recibo del dictamen.
- Si el dictamen es "No Aprobado", el RAA deberá realizar las modificaciones requeridas y entregarlas en el lapso señalado en el documento.
- Si el dictamen es desfavorable en dos ocasiones consecutivas no procederá una tercera revisión.

Estoy enterado que debo presentarme a recoger el Dictamen en un lapso no mayor a 15  días hábiles, a partir de la fecha:

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

<sup>11</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 03 - Lista de alumnos aceptados<sup>2</sup>.**

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA		<b>LISTA DE ALUMNOS ACEPTADOS</b>
<b>Actividad de Educación Continua</b>		Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____	
Nombre de la actividad: _____			
Fecha de inicio (dd/mm/aa): _____		Fecha de término (dd/mm/aa): _____	
_____ <i>Nombre del Responsable Académico</i>		_____ <i>Firma</i>	
_____ <i>Institución organizadora</i>		_____ <i>Número de expediente</i>	
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Especificar la formación profesional del alumno: Bachillerato, técnico, licenciatura, especialidad, maestría o doctorado en:		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Añada el número de filas adicionales necesarias.



*Sello de recepción*

<sup>2</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 04 - Solicitud de Inscripción**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Datos Personales** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

**CURP o RFC:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M  F

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Col. Colonia  
 \_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio Entidad Federativa C.P.

**Contacto:** \_\_\_\_\_  
Telefona Local (Incluir Lado) Telefona Móvil Celular Electrónica

**Escolaridad** Solamente Educación Básica   
Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Ciclo Profesional

**Técnico en:** \_\_\_\_\_  
**Licenciatura en:** \_\_\_\_\_  
**Especialidad en:** \_\_\_\_\_  
**Maestría y/o** \_\_\_\_\_  
**Doctorado en:** \_\_\_\_\_

**Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta:** \_\_\_\_\_ **Pregrado** \_\_\_\_\_ **Posgrado** \_\_\_\_\_

**Actividad laboral**  
Institución(es) donde labora Cargo(s) o Función(es)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Actividad de Educación Continua a Inscribirse:**  
**Nombre completo de la actividad:** \_\_\_\_\_  
**Institución organizadora y sede:** \_\_\_\_\_

**Modalidad:** Presencial  Mixto  A distancia  **Costo (M.N.):** \$ \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio (dd/mm/aa):** \_\_\_\_\_ **Fecha de término (dd/mm/aa):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de aceptación del Responsable Académico Firma del solicitante

**NOTA:** Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado 5010-14.01





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 05 – Solicitud de elaboración constancias de profesores<sup>3</sup>.**


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**


**SOLICITUD DE ELABORACIÓN**  
**CONSTANCIAS**  
**PROFESORES**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_ Fecha de término [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Responsable Académico Firma

---

Institución organizadora Número de expediente

---

Número de horas teóricas Número de horas prácticas Número de horas totales

PROFESOR TITULAR O COORDINADOR (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		

PROFESOR(ES) ADJUNTO (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		
2.		

PROFESOR(ES) ASOCIADO(S) (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		
2.		
3.		

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>3</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Formato 06 – Solicitud de elaboración constancias alumnos<sup>4</sup>.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE ELABORACIÓN  
 CONSTANCIAS  
 ALUMNOS**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

Nombre del Responsable Académico Firma

---

Institución organizadora Número de expediente

Nombre(s) y apellidos (mayúsculas y acentos)		Curso: Acreditó o No Acreditó Diplomado: Calificación (aprobatorio o más)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>4</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 07 – Solicitud de corrección o duplicado de constancia o diploma.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O  
 DUPLICADO DE CONSTANCIA  
 O DIPLOMA**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

*Nombre del Responsable Académico* *Firma*

---

*Institución organizadora*

**Tipo de solicitud**

Corrección Profesor:  Alumna:

Cómo se solicitó: \_\_\_\_\_

Dice: \_\_\_\_\_

Debe decir: \_\_\_\_\_

Duplicado Profesor:  Alumna:

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 vs. Bn. Dr. Julio M. Cacho Salazar  
 Jefe de la Subdivisión de Graduados y  
 Educación Continua \_\_\_\_\_  
 Sello de recepción

*Para ser llenado por el solicitante a la entrega del documento*

Recibí: Constancia  Diploma  Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

*Nombre de quien recibe* *Firma*



ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

Procedimiento  
**TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL AREA PARA EL  
 REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS.**

ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	35
Descripción Narrativa .....	36
Diagramas de Flujo.....	39
Anexos .....	41



## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### Procedimiento **TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Generar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

Las actividades académicas aprobadas por el grupo Colegiado podrán ser registradas ante la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, sin límite de eventos por año.

El profesor titular debe acatar las políticas y normas de la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, aplicables para el registro de actividades.

El o la profesional adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, deberá presentar el oficio de dictamen aprobado por el Grupo Colegiado de la actividad académica que desea implementar.

La Coordinación de Capacitación Continua será la responsable de los trámites administrativos ante la División de Posgrado y el profesor titular será el responsable de la elaboración y ejecución del programa académico.

Las constancias se entregaran a los alumnos que obtengan más del 80% en acreditación y asistencia.

La apertura de un curso en ingresos deberá cubrir los 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% o más de ingreso a la Facultad de Medicina



**TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documento/Programa</b>
Área de Capacitación Continua.	1. Recibe dictamen aprobado por el Grupo Colegiado. 2. Solicita Formatos	Oficio  Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
División de Posgrado	3. Recibe solicitud de forma verbal. 4. Emite formatos. 5. Entrega formatos.	 Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.  Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
Área de Capacitación Continua.	6. Recibe formatos. 7. Llena formatos de manera conjunta con el o la profesor titular a cargo de la actividad.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
Profesor Titular	8. Realiza temario con las actividades correspondientes. 9. Asigna fecha tentativa para inicio de actividades. 10. Entrega formatos y temario de actividades a CC, para que los entregue a división de posgrado.	Formato 01, 02  Formato 01, 02
División de Posgrado	11. Recibe formatos. 12. Revisa información en los formatos 13. Realiza dictamen 13.1 Si no se aprueba, se genera el folio con sugerencias a cambiar. 14. Entrega oficio aprobatorio	Formato 01, 02.  Acuse de recibido  Oficio aprobatorio



<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documento/Programa</b>
Área de capacitación Continua.	15. Recibe oficio aprobatorio. 16. Envía copia de oficio aprobatorio al profesor titular	Oficio aprobatorio
Profesor Titular	17. Recibe copia de Oficio aprobatorio. 18. Evalúa a los aspirantes, para generación del dictamen aprobatorio o denegado. 18.1 Si el dictamen no es aprobatorio se le hará saber alumno. 19. Inicia la actividad en fecha asignada. 20. Rellena de manera conjunta con capacitación continua el listado de alumnos aceptados. 21. Entrega formato a cada alumno que se encuentre registrado en el listado.	Oficio aprobatorio Formato 03  Formato 03 Formato 04
Alumno	22. Recibe formato. 23. Rellena formato. 24. Entrega formato a Capacitación Continua y documentos que se requieran en el mismo.	Formato 04 Formato 04 Formato 04
Área de capacitación Continua.	25. Recibe formato relleno del alumno y sus anexos según lo requiera. 26. Entrega formatos a División de Posgrado. 27. Solicita lista de asistencia y calificaciones al profesor titular al terminar la actividad.	Formato 04 Anexos Formatos 03, 04. Att. Y Calif. DPSM





Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
Capacitación Continua

Facultad de Medicina

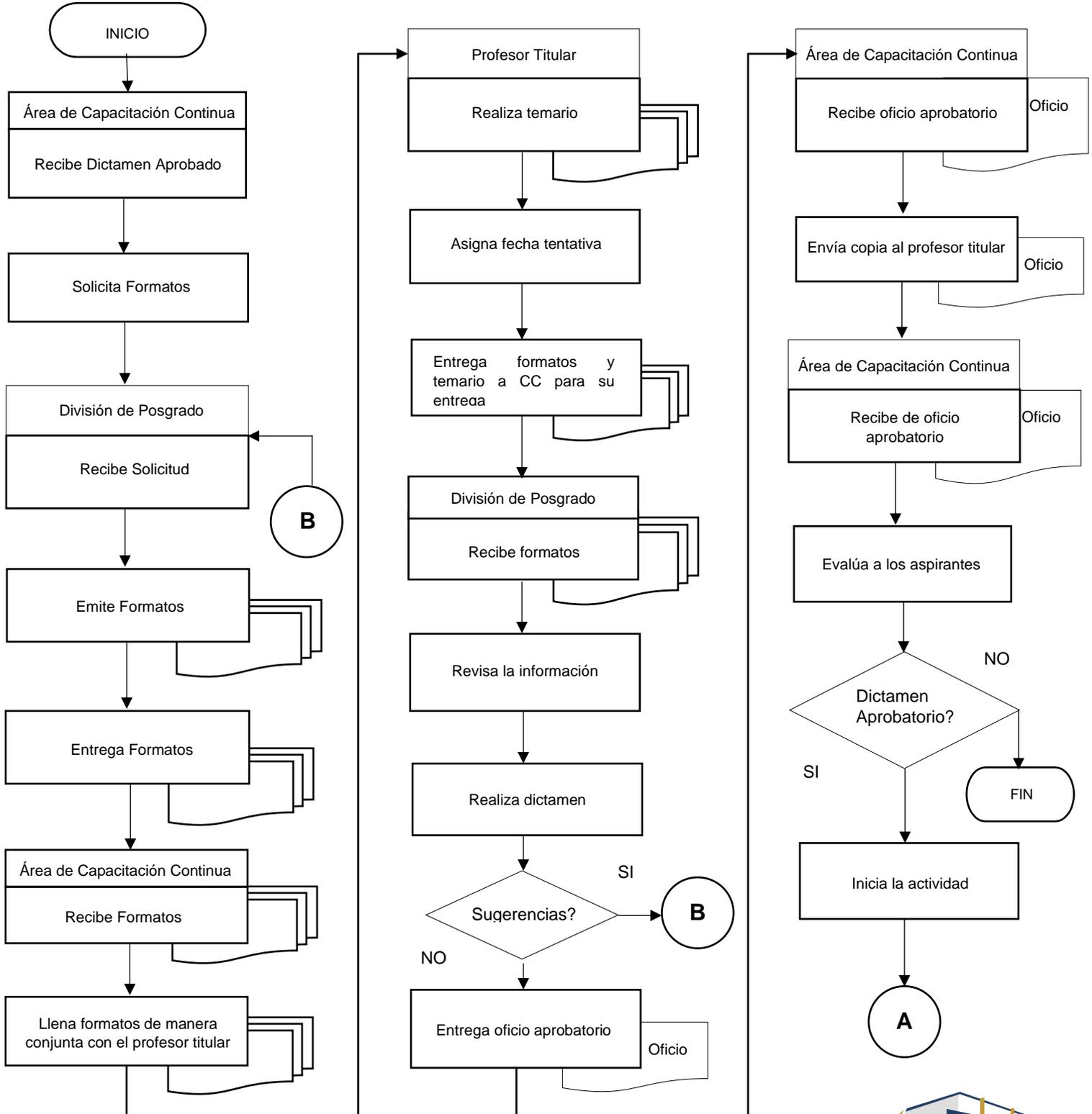


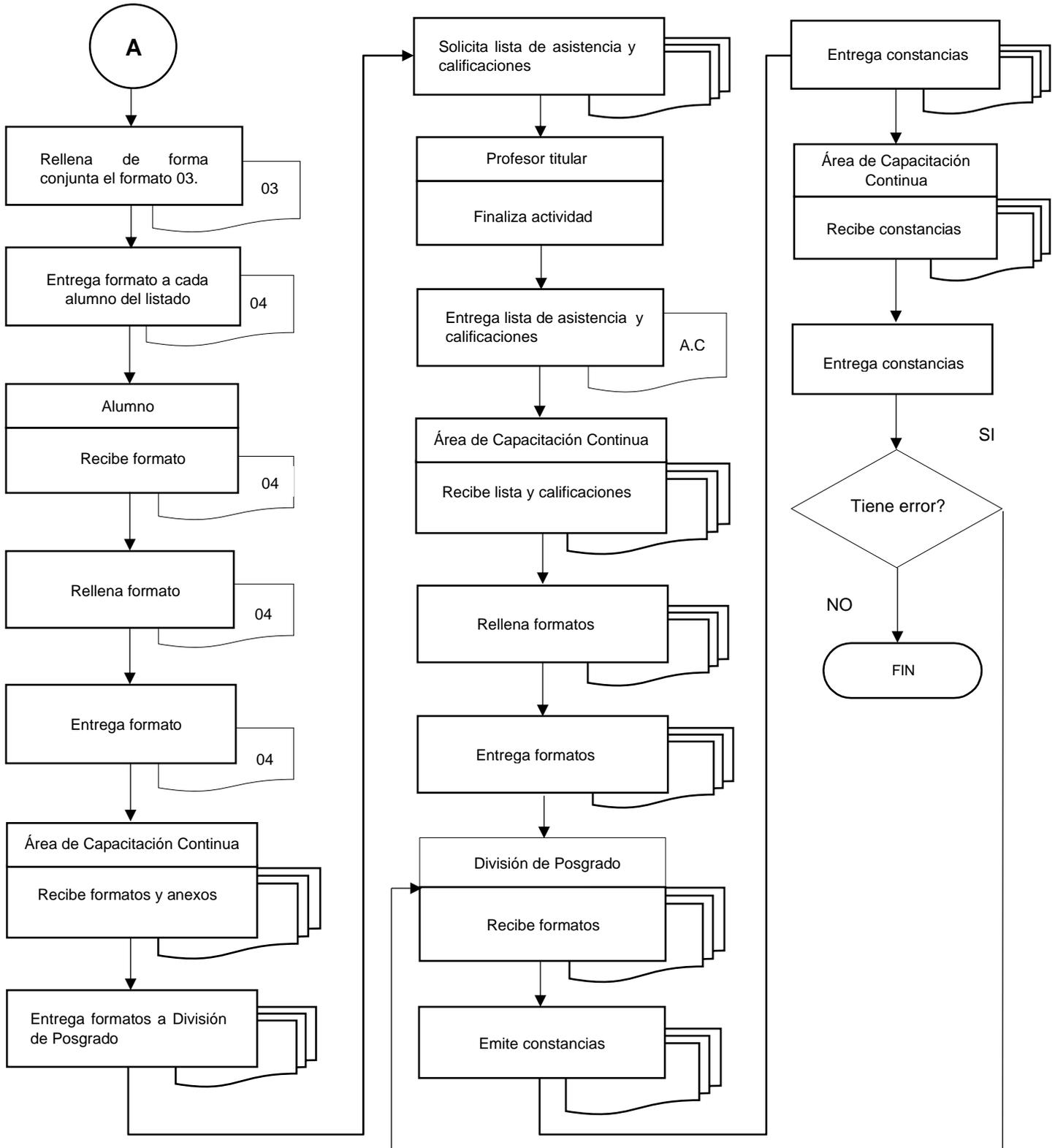
Responsable	Actividad	Documento/Programa
Profesor titular	28. Finaliza la actividad académica. 29. Entrega listas de asistencia y calificaciones.	Att. Y Calif. DPSM
Área de capacitación Continua.	30. Recibe lista de asistencia y calificaciones. 31. Rellena formatos para solicitud de constancias a alumnos y docentes correspondientes. 32. Entrega formatos.	Att. Y Calif. DPSM Formato 05 y 06 Formato 05 y 06
División de Posgrado	33. Recibe formatos. 34. Emite constancias. 35. Entrega constancias.	Formato 05 y 06 Constancias Constancias
Área de capacitación Continua.	36. Recibe constancias. 37. Entrega constancias a los alumnos y docentes 37.1 Si existe algún error en la información de la constancia, será corregido.	Constancias





### DIAGRAMA DE FLUJO: TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS







## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

#### PROCEDIMIENTO:

TRABAJO DE MANERA CONJUNTA CON EL AREA PARA EL REGISTRO  
DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Oficio Aprobatorio**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**  
**OFICIO FMED/DEP/SGEC/UCS/801/2020**  
**ASUNTO: DICTAMEN DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES**  
**PSICOTERAPÉUTICAS**

**MTRA. CLAUDIA ERIKA RAMÍREZ ÁVILA**  
**PROFESORA TITULAR DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**  
**PRESENTE**

Distinguida: Dra. Ramírez

Me permito distraer su fina atención, para informarle que el Comité de Educación Continua, en la reunión No. 29/2020 emitió el siguiente dictamen con el número: 360/20 y número de clave DI19420.

Actividad Académica: **PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

Dictamen: Aprobado

No. Expediente

Fecha de la Actividad:

Perfil autorizado:

Modalidad:

Organizado por:

Sede:

Horario:

No. de alumnos:

Valor Curricular:

Período de inscripción de los alumnos en la UNAM:

Inscripción a la UNAM por :

**Información de la actividad**

En caso de no realizarse las inscripciones durante el periodo indicado, se considerará que la actividad fue suspendida y se cancelará el registro en la Facultad de Medicina.

Para emitir las constancias y diplomas correspondientes, es necesario cumplir con la normatividad de la UNAM, además de incluir el número de expediente en la papelera correspondiente. Se le solicita tenga la amabilidad de enviar la evaluación que se aplicará a los alumnos en el inicio y al final de la actividad.

Agradezco su atención y lo reitero mi más alta y distinguida consideración.

Atentamente  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
 Cd. Universitaria, Cd. Mx., 27 de octubre de 2020  
 EL JEFE DE LA SUBDIVISIÓN

**DR. JULIO M. CACHO SALAZAR**

C. p. - Dr. Gerardo Enrique Fierro Ochoa, Director de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente  
 C. p. - Dra. Mariana Lorena Torres Salazar - Área del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM  
 C. p. - Dr. Héctor (Poncho) Nájera, Secretario Académico, DEP, Facultad de Medicina, UNAM - Presente  
 C. p. - Mtro. Hiram J. Arreola Gascón - Coordinador Administrativo de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente  
 C. p. - Arreola  
 ANS/2020





**Asistencia y calificación**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA**



**REGISTRO DE ASISTENCIA Y CALIFICACIÓN**

<b>Nombre de la actividad:</b>		<b>Profesor Titular:</b>			<b>No. Registro Posgrado FACMED</b>		
<b>Tipo de actividad:</b>		<b>Modalidad:</b>		<b>Plataforma utilizada:</b>		<b>No. Alumnos registrados:</b>	
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Correo	Fechas y registro de asistencias					Calificación Final
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

\*Añada el número de filas adicionales necesarias



Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
Capacitación Continua



Formato 01- Registro de actividades



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Fecha de solicitud: Clic y seleccione fecha.

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Tipo de actividad: Clic y elija elemento. Modalidad: Clic y elija elemento.

Fecha de inicio: Clic y seleccione fecha. Fecha de término: Clic y seleccione fecha.

Días de la semana y horario: \_\_\_\_\_

Horas teoría \_\_\_\_\_ Horas práctica \_\_\_\_\_ Horas totales \_\_\_\_\_ CR: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Perfil del alumno (Indique grado estudio): \_\_\_\_\_

Perfil autorizado: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Costo de inscripción total por alumno (M.N.) Costo de inscripción UNAM por alumno (M.N.)(30% del costo total)  
\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

RESPONSABLE ACADÉMICO: PROFESOR TITULAR / COORDINADOR (Nombre/s) Apellidos REGISTRO DE FIRMAS

NOMBRE DEL EXPERTO(S) ESPECIALISTA(S) ADJUNTO(S) (Nombre/s) Apellidos

INSTITUCIÓN(ES) ORGANIZADORA(S)

NOMBRE DEL RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN ORGANIZADORA REGISTRO DE FIRMAS

Calle y número: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ URL institucional: \_\_\_\_\_

Sede (Nombre y ubicación, si hay más de una, especifique): \_\_\_\_\_

Fecha de recepción



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Objetivo terminal: \_\_\_\_\_

Metodología pedagógica (Describe la forma en que se desarrollará la actividad de educación continua, tanto las actividades del profesor como del alumno para alcanzar el objetivo terminal):  
\_\_\_\_\_

Recursos y materiales didácticos (Equipos, espécimen biológico, software, etc.):  
\_\_\_\_\_

Requisitos de Ingreso:	Requisitos de permanencia:	Requisitos de egreso: Máximo 80% de asistencia Teoría en caso de Diplomado
_____	_____	_____

Criterios y forma de evaluación: \_\_\_\_\_

Cupo mínimo:	Cupo Máximo:	La actividad es:
_____	_____	Abierta: <input type="checkbox"/> Cerrada: <input type="checkbox"/> (personal de la institución organizadora)

Si se trata de una actividad a distancia o mixta, especifique el medio o tecnología empleado.  
Anote la dirección electrónica (URL) donde se puede acceder a la actividad.  
Se requiere de usuario y contraseña (temporal) para la evaluación (entregue en un sobre cerrado, dirigido al titular de la Subdivisión):  
\_\_\_\_\_





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 01<sup>5</sup>**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**Programa Calendarizado**

Fecha	Hora	Tema teórico o práctico	Teoría (T) Práctica (P)	Profesor(es) Nombre y apellidos	Formación profesional (escriba solo una vez para cada profesor)

*Inserte el número de filas necesarias*

**Cronograma**

Se requiere además Programa Calendarizado.

*Ejemplificar el trabajo de una semana*

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

*Inserte el número de filas necesarias*

**Plantilla de profesores**

Nombre	Sexo (F o M)	Nacionalidad	Cedula(s) Profesional(es)	No. de horas de participación		
				Teoría	Práctica	Totales
1.						
2.						

*Inserte el número de filas necesarias*

**Bibliografía sugerida**

1.
2.

*Inserte el número de filas necesarias*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**ACUSE DE RECIBO**

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

**ACUSE DE RECIBO**

- La solicitud oficial de Registro de las Actividades Académicas para Educación Continua debe ser presentada en la Subdivisión de Graduados y Educación Continua (SGEC) de la Facultad de Medicina, ubicada en el 2º piso del edificio A en la Unidad Posgrado de la UNAM (Zona Cultural).
- No realizar modificaciones a los formatos. Se anotará toda la información solicitada y se adjuntarán los documentos probatorios correspondientes al Registro de Docentes.
- El Responsable Académico de la Actividad (RAA) presentará en la SGEC la solicitud para el registro en original con por lo menos 45 días naturales de anticipación a la fecha de inicio de la actividad.
- La documentación se recibe en forma oficial, lo que implica un sello en el original y el talón del Acuse de Recibo lo conservará el RAA para cualquier aclaración.
- El RAA recogerá el dictamen en el plazo señalado por la SGEC.
- El RAA es la única persona autorizada por la SGEC para conocer el dictamen con su resultado.
- Las actividades aprobadas por el Comité Académico de Evaluación quedarán registradas una vez que el RAA, o quien él designe, firme el acuse de recibo del dictamen.
- Si el dictamen es "No Aprobado", el RAA deberá realizar las modificaciones requeridas y entregarlas en el lapso señalado en el documento.
- Si el dictamen es desfavorable en dos ocasiones consecutivas no procederá una tercera revisión.

Estoy enterado que debo presentarme a recoger el Dictamen en un lapso no mayor a 15  días hábiles, a partir de la fecha:

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

<sup>55</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 02- Registro de Responsables académicos.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 RESPONSABLES ACADÉMICOS

**Datos Personales** Fecha de solicitud: / /

Coordinador:  Profesor Titular:  Profesor Adjunto:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Apellido Paterno Apellido Materno

CURP o RFC: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Int. Colonia

\_\_\_\_\_ Delegación o Municipio Entidad Federativa C.P.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono Local (incluy Local) Teléfono Móvil Correo Electrónico

**Escolaridad\***

\_\_\_\_\_ Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Cédula Profesional

Técnico en: \_\_\_\_\_

Licenciatura en: \_\_\_\_\_

Especialidad en: \_\_\_\_\_

Maestría en: \_\_\_\_\_

Doctorado en: \_\_\_\_\_

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: Pregrado \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

\*Adjuntar documento(s) probatorio(s)

**Actividad de Educación Continua en la cual participará:**

Nombre completo de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Registro de firma del RA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 RESPONSABLES ACADÉMICOS

**Resumen curricular**

- Experiencia docente en el área a impartir: \_\_\_\_\_ Adjunta tres documentos probatorios
- Actividad laboral \_\_\_\_\_ Institución(es) donde labora Cargo(s) o Función(es)
- En caso de laborar en la UNAM: Dependencia \_\_\_\_\_ No. de Trabajador: \_\_\_\_\_  
Nombramiento(s)
- Asignatura(s) que imparte \_\_\_\_\_
- Dirección de tesis: No aplica  Pregrado  Posgrado
- Líneas de investigación: (mencionar máximo tres)
- Publicaciones: No aplica:  Libros:  Revistas científicas:   
 Tesis:  Documentos de internet:   
 Carteles:  Normas técnicas:
- Otro: \_\_\_\_\_
- Participación en cargos académico-administrativos:



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 03 - Lista de alumnos aceptados<sup>6</sup>.**

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA		<b>LISTA DE ALUMNOS ACEPTADOS</b>
<b>Actividad de Educación Continua</b>		Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____	
Nombre de la actividad: _____			
Fecha de inicio <small>(dd/mm/aa):</small> _____		Fecha de término <small>(dd/mm/aa):</small> _____	
_____ <small>Nombre del Responsable Académico</small>		_____ <small>Firma</small>	
_____ <small>Institución organizadora</small>		_____ <small>Número de expediente</small>	
Nombre(s) y apellidos <small>(Mayúsculas y acentos)</small>	Especificar la formación profesional del alumno: <small>Bachillerato, técnico, licenciatura, especialidad, maestría o doctorado en:</small>		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>6</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 04 - Solicitud de Inscripción**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Datos Personales** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

CURP o RFC: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. CP Colonia

\_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio Entidad Federativa C.P.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Telefona Local (Incluir Local) Telefona Móvil Correo Electrónico

**Escolaridad** Solamente Educación Básica

Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / to. Cédula Profesional

Técnico en: \_\_\_\_\_

Licenciatura en: \_\_\_\_\_

Especialidad en: \_\_\_\_\_

Maestría y/o \_\_\_\_\_

Doctorado en: \_\_\_\_\_

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Pregrado \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

**Actividad laboral**

Institución(es) donde labora Cargo(s) o Función(es)

**Actividad de Educación Continua a Inscribirse:**

Nombre completo de la actividad: \_\_\_\_\_

Institución organizadora y sede: \_\_\_\_\_

Modalidad: Presencial  Mixto  A distancia  Costo (M.N.): \$ \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de aceptación del Responsable Académico

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado**

5010-11.01





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 05 – Solicitud de elaboración constancias de profesores<sup>7</sup>.**


 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA


**SOLICITUD DE ELABORACIÓN  
 CONSTANCIAS  
 PROFESORES**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_ Fecha de término [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable Académico Firma  
 \_\_\_\_\_  
Institución organizadora Número de expediente  
 \_\_\_\_\_  
Número de horas teóricas Número de horas prácticas Número de horas totales

PROFESOR TITULAR O COORDINADOR (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		

PROFESOR(ES) ADJUNTO (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		
2.		

PROFESOR(ES) ASOCIADO(S) (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)		Tiempo de participación
1.		
2.		
3.		

Añada el número de filas adicionales necesarias.



Sello de recepción

<sup>7</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Formato 06 – Solicitud de elaboración constancias alumnos<sup>8</sup>.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE ELABORACIÓN  
 CONSTANCIAS  
 ALUMNOS**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

Nombre del Responsable Académico Firma

---

Institución organizadora Número de expediente

Nombre(s) y apellidos (mayúsculas y acentos)		Curso: Acreditó o No Acreditó Diplomado: Calificación (aprobatorio o más)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>8</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 07 – Solicitud de corrección o duplicado de constancia o diploma.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O  
 DUPLICADO DE CONSTANCIA  
 O DIPLOMA**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

*Nombre del Responsable Académico* *Firma*

---

*Institución organizadora*

**Tipo de solicitud**

Corrección Profesor:  Alumna:

Cómo se solicitó: \_\_\_\_\_

Dice: \_\_\_\_\_

Debe decir: \_\_\_\_\_

Duplicado Profesor:  Alumna:

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*va. Bn. Dr. Julio M. Cacho Salazar*  
 Jefe de la Subdivisión de Graduados y Educación Continua

\_\_\_\_\_  
*Sello de recepción*

*Para ser llenado por el solicitante a la entrega del documento*

Recibí:  Constancia  Diploma Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

*Nombre de quien recibe* *Firma*



ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

Procedimiento  
**ORIENTACIÓN DEL AREA PARA EL REGISTRO DE  
ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	53
Descripción Narrativa .....	54
Diagramas de Flujo.....	57
Anexos .....	59



## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### Procedimiento **ORIENTACIÓN DEL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Generar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

Las actividades académicas aprobadas por el grupo Colegiado podrán ser registradas ante la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, sin límite de eventos por año.

El profesor titular debe acatar las políticas y normas de la División de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UNAM, aplicables para el registro de actividades.

El o la profesional adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, deberá presentar el oficio de dictamen aprobado por el Grupo Colegiado de la actividad académica que desea implementar.

El área de capacitación continua será el responsable de la orientación y resolución de dudas en el llenado de los formatos que la División de Posgrado le confiere.

El Profesor Titular será el responsable de los trámites administrativos ante la División de Posgrado y de la elaboración y ejecución del programa académico.

Las constancias se entregaran a los alumnos que obtengan más del 80% en acreditación y asistencia.

La apertura de un curso en ingresos deberá cubrir los 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% o más de ingreso a la Facultad de Medicina.



**ORIENTACIÓN DEL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documento/Programa</b>
Profesor Titular	1. Solicita actividad de forma verbal.	
Área de Capacitación Continua.	2. Recibe solicitud verbal de actividad. 3. Solicita dictamen del grupo colegiado 4. Recibe dictamen aprobado del Grupo Colegiado. 5. Solicita Formatos.	Oficio CC
División de Posgrado	6. Recibe solicitud. 7. Emite formatos. 8. Entrega formatos.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
Área de Capacitación Continua.	9. Recibe formatos. 10. Asigna fecha tentativa de inicio de actividad con el profesor titular y adjunto a cargo. 11. Resuelve dudas 12. Entrega formatos al profesor titular y resuelve dudas sobre el llenado.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07.
Profesor Titular	13. Recibe formatos. 14. Registra actividad en los formatos 01, 02. 15. Entrega formatos.	Formato 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Formatos 01, 02. Formatos 01, 02





Responsable	Actividad	Documento/Programa
División de Posgrado	16. Recibe formatos. 17. Revisa información en los formatos 18. Realiza dictamen 18.1 Si no se aprueba, se genera el folio con sugerencias a cambiar. 19. Entrega oficio aprobatorio	Formatos 01, 02    Oficio aprobatorio
Profesor Titular	20. Recibe oficio aprobatorio. 21. Envía copia del oficio aprobatorio al área de Capacitación Continua. 22. Evalúa a los aspirantes, para generación del dictamen aprobatorio o denegado. 22.1 Si el dictamen no es aprobatorio se le hará saber alumno. 23. Inicia la actividad en fecha asignada. 24. Rellena formato 03. 25. Entrega formato a cada alumno que se encuentre registrado en el listado. 26. Entrega a división de posgrado los formatos. 27. Finaliza la actividad. 28. Entrega listas de asistencia y calificaciones al área de Capacitación Continua. 29. Rellena formatos para solicitud de constancias a alumnos y docentes correspondientes.	Oficio Aprobatorio   Formato 03    Formato 03 Formato 04  Formatos 01, 02, 03, 04  Att. Y Calif. DPSM  Formato 05, 06.



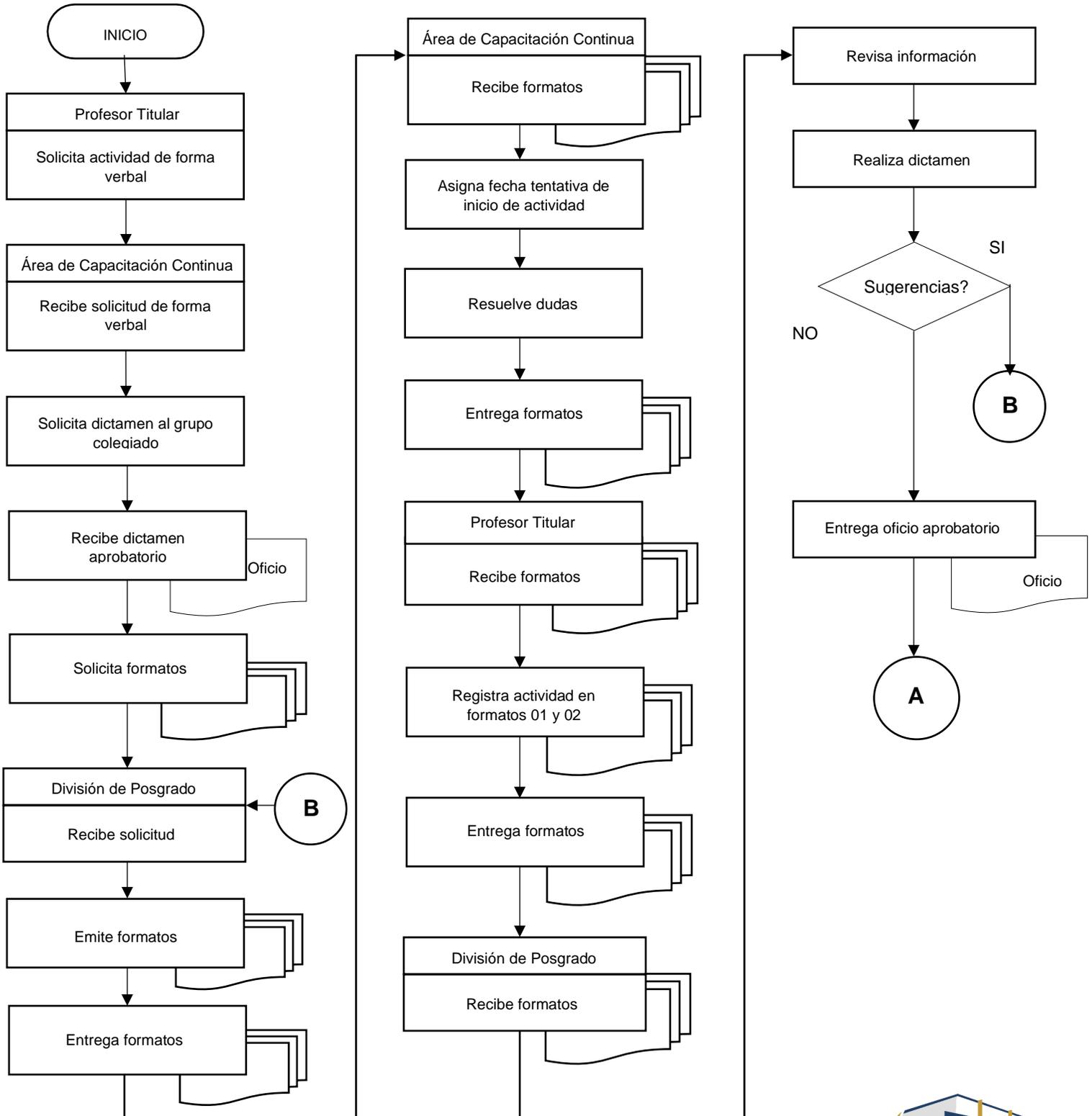


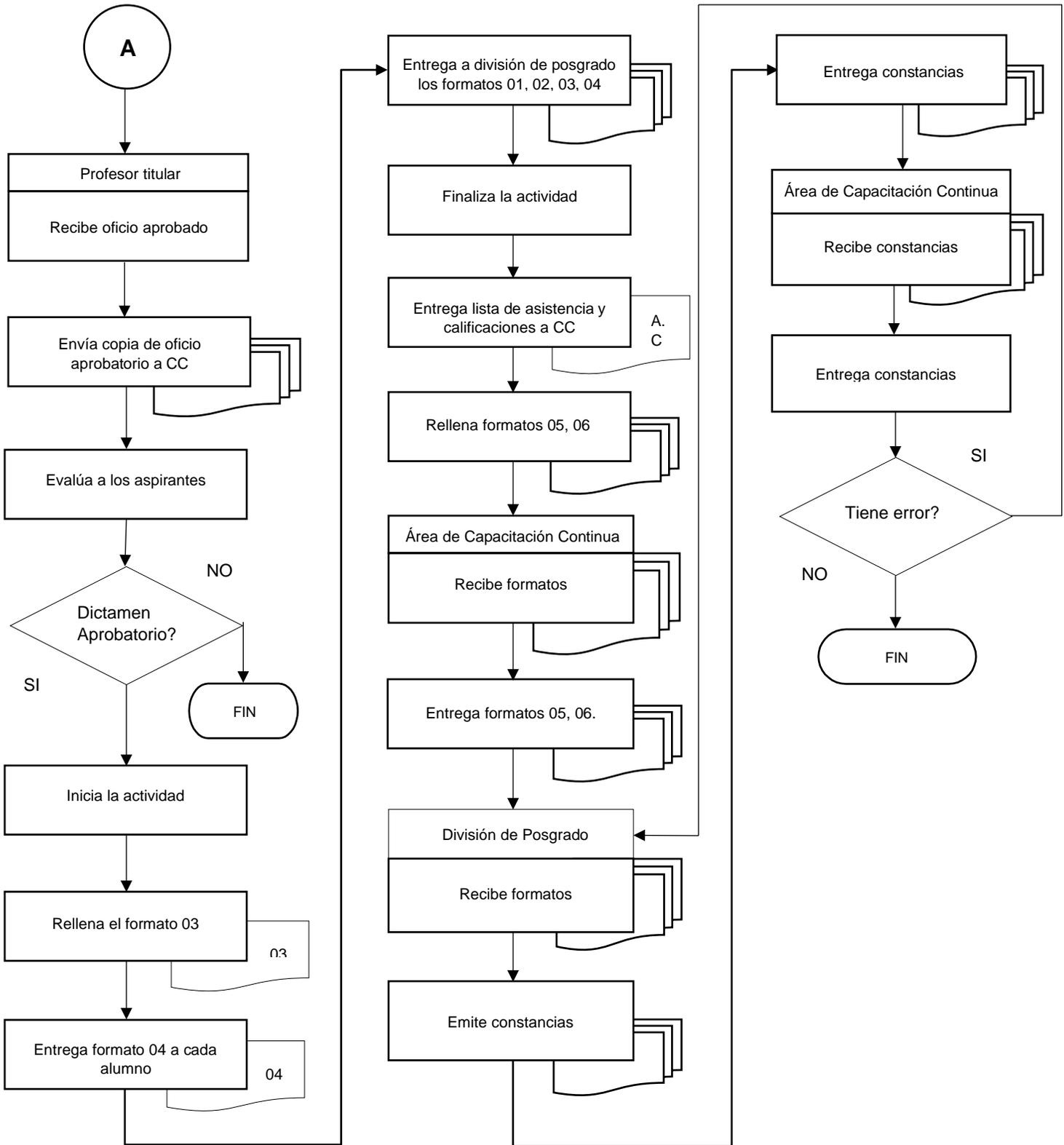
Responsable	Actividad	Documento/Programa
Área de capacitación Continua.	30. Recibe formatos. 31. Entrega formatos.	Formato 05 y 06 Formato 05 y 06
División de Posgrado	32. Recibe formatos. 33. Emite constancias. 34. Entrega constancias.	Constancias Constancias
Área de capacitación Continua.	35. Recibe constancias. 36. Entrega constancias a los alumnos y docentes 36.1 Si existe algún error en la información de la constancia, será corregido.	Constancias





### DIAGRAMA DE FLUJO: ORIENTACIÓN DEL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS







## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

## PROCEDIMIENTO: ORIENTACIÓN DEL AREA PARA EL REGISTRO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Oficio Aprobatorio**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**  
**OFICIO FMED/DEP/SGEC/JCS/801/2020**  
**ASUNTO: DICTAMEN DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES**  
**PSICOTERAPÉUTICAS**

**MTRA. CLAUDIA ERIKA RAMÍREZ ÁVILA**  
**PROFESORA TITULAR DEL DIPLOMADO**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**  
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**  
**PRESENTE**

Distinguida: Dra. Ramírez

Me permito distraer su fina atención, para informarle que el Comité de Educación Continua, en la reunión No. 29/2020 emitió el siguiente dictamen con el número: 360/20 y número de clave DI19420.

**Actividad Académica: PSICOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

**Dictamen: Aprobado**

**No. Expediente**

**Fecha de la Actividad:**

**Perfil autorizado:**

**Modalidad:**

**Organizado por:**

**Sede:**

**Horario:**

**No. de alumnos:**

**Valor Curricular:**

**Período de inscripción de los alumnos en la UNAM:**

**Inscripción a la UNAM por :**

**Información de la actividad**

En caso de no realizarse las inscripciones durante el periodo indicado, se considerará que la actividad fue suspendida y se cancelará el registro en la Facultad de Medicina.

Para emitir las constancias y diplomas correspondientes, es necesario cumplir con la normatividad de la UNAM, además de incluir el número de expediente en la papelera correspondiente. Se le solicita tenga la amabilidad de enviar la evaluación que se aplicará a los alumnos en el inicio y al final de la actividad.

Agradezco su atención y lo reitero mi más alta y distinguida consideración.

Atentamente  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
 Cd. Universitaria, Cd. Mx., 27 de octubre de 2020  
**EL JEFE DE LA SUBDIVISIÓN**



**DR. JULIO M. CACHO SALAZAR**

- Dr. Gerardo Enrique Fierro Ochoa, Director de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. María Elena Torres Torres - Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM
- Dr. Héctor (Poncho) Nájera, Secretario Académico, DEP, Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. Héctor Herrería J. Arriaga-Castillo, Coordinador Administrativo de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM - Presente
- Dr. Andrea Andrade





**Asistencia y calificación**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA**



**REGISTRO DE ASISTENCIA Y CALIFICACIÓN**

<b>Nombre de la actividad:</b>		<b>Profesor Titular:</b>			<b>No. Registro Posgrado FACMED</b>		
<b>Tipo de actividad:</b>		<b>Modalidad:</b>		<b>Plataforma utilizada:</b>		<b>No. Alumnos registrados:</b>	
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Correo	Fechas y registro de asistencias					Calificación Final
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

\*Añada el número de filas adicionales necesarias



Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
Capacitación Continua



Formato 01- Registro de actividades



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Fecha de solicitud: Clic y seleccione fecha.

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Tipo de actividad: Clic y elija elemento. Modalidad: Clic y elija elemento.

Fecha de inicio: Clic y seleccione fecha. Fecha de término: Clic y seleccione fecha.

Días de la semana y horario: \_\_\_\_\_

Horas teoría \_\_\_\_\_ Horas práctica \_\_\_\_\_ Horas totales \_\_\_\_\_ CR: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Perfil del alumno

(Indique grado estudio):

Perfil autorizado: \_\_\_\_\_  
PARA USO DEL COMITÉ ACADÉMICO

Costo de inscripción total por alumno (M.N.) Costo de inscripción UNAM por alumno (M.N.)(30% del costo total)  
\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

RESPONSABLE ACADÉMICO: PROFESOR TITULAR / COORDINADOR (Nombre/s) Apellidos REGISTRO DE FIRMAS

NOMBRE DEL EXPERTO(S) ESPECIALISTA(S) ADJUNTO(S) (Nombre/s) Apellidos

INSTITUCIÓN(ES) ORGANIZADORA(S)

NOMBRE DEL RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN ORGANIZADORA REGISTRO DE FIRMAS

Calle y número: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ URL institucional: \_\_\_\_\_

Sede (Nombre y ubicación, si hay más de una, especifique): \_\_\_\_\_

Sello de recepción



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Objetivo terminal: \_\_\_\_\_

Metodología pedagógica (Describe la forma en que se desarrollará la actividad de educación continua, tanto las actividades del profesor como del alumno para alcanzar el objetivo terminal):  
\_\_\_\_\_

Recursos y materiales didácticos (Equipos, espécimen biológico, software, etc.):  
\_\_\_\_\_

Requisitos de Ingreso:	Requisitos de permanencia:	Requisitos de egreso: Máximo 80% de asistencia Teoría en caso de Diplomado
_____	_____	_____

Criterios y forma de evaluación: \_\_\_\_\_

Cupo mínimo:	Cupo Máximo:	La actividad es:
_____	_____	Abierta: <input type="checkbox"/> Cerrada: <input type="checkbox"/> (personal de la institución organizadora)

Si se trata de una actividad a distancia o mixta, especifique el medio o tecnología empleado.  
Anote la dirección electrónica (URL) donde se puede acceder a la actividad.  
Se requiere de usuario y contraseña (temporal) para la evaluación (entregue en un sobre cerrado, dirigido al titular de la Subdivisión):  
\_\_\_\_\_





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 01<sup>9</sup>**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**Programa Calendarizado**

Fecha	Hora	Tema teórico o práctico	Teoría (T) Práctica (P)	Profesor(es) Nombre y apellidos	Formación profesional (escriba solo una vez para cada profesor)

*Invente el número de filas necesarias*

**Cronograma**

Se requiere además Programa Calendarizado.

*Ejemplificar el trabajo de una semana*

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

*Invente el número de filas necesarias*

**Plantilla de profesores**

Nombre	Sexo (F o M)	Nacionalidad	Cedula(s) Profesional(es)	No. de horas de participación		
				Teoría	Práctica	Totales
1.						
2.						

*Invente el número de filas necesarias*

**Bibliografía sugerida**

1.
2.

*Invente el número de filas necesarias*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**ACUSE DE RECIBO**

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

Sello de recepción:

**ACUSE DE RECIBO**

1. La solicitud oficial de Registro de las Actividades Académicas para Educación Continua debe ser presentada en la Subdivisión de Graduados y Educación Continua (SGEC) de la Facultad de Medicina, ubicada en el 2º piso del edificio A en la Unidad Posgrado de la UNAM (Zona Cultural).
2. No realizar modificaciones a los formatos. Se anotará toda la información solicitada y se adjuntarán los documentos probatorios correspondientes al Registro de Docentes.
3. El Responsable Académico de la Actividad (RAA) presentará en la SGEC la solicitud para el registro en original con por lo menos 45 días naturales de anticipación a la fecha de inicio de la actividad.
4. La documentación se recibe en forma oficial, lo que implica un sello en el original y el talón del Acuse de Recibo lo conservará el RAA para cualquier aclaración.
5. El RAA recogerá el dictamen en el plazo señalado por la SGEC.
6. El RAA es la única persona autorizada por la SGEC para conocer el dictamen con su resultado.
7. Las actividades aprobadas por el Comité Académico de Evaluación quedarán registradas una vez que el RAA, a quien él designe, firme el acuse de recibo del dictamen.
8. Si el dictamen es "No Aprobado", el RAA deberá realizar las modificaciones requeridas y entregarlas en el lapso señalado en el documento.
9. Si el dictamen es desfavorable en dos ocasiones consecutivas no procederá una tercera revisión.

Estoy enterado que debo presentarme a recoger el Dictamen en un lapso no mayor a 15 días hábiles, a partir de la fecha:

Nombre de la actividad	
Nombre del Responsable Académico	
Firma	

Sello de recepción:

<sup>99</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.





Facultad de Medicina  
 Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
 Capacitación Continua



Formato 02- Registro de Responsables académicos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 RESPONSABLES ACADÉMICOS

Datos Personales

Fecha de solicitud: / /

Coordinador:  Profesor Titular:  Profesor Adjunto:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Apellido Paterno Apellido Materno

CURP o RFC: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Int. Colonia  
 \_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio Entidad Federativa C.P.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono Local (incluy Local) Teléfono Móvil Correo Electrónico

Escolaridad\*

Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Cédula Profesional

Técnico en: \_\_\_\_\_

Licenciatura en: \_\_\_\_\_

Especialidad en: \_\_\_\_\_

Maestría en: \_\_\_\_\_

Doctorado en: \_\_\_\_\_

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Pregrado \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

\*Adjuntar documento(s) probatorio(s)

Actividad de Educación Continua en la cual participará:

Nombre completo de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Registro de firma del RA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



REGISTRO DE  
 RESPONSABLES ACADÉMICOS

Resumen curricular

- Experiencia docente en el área a impartir:

Adjunta tres documentos probatorios

- Actividad laboral

Institución(es) donde labora

Carga(s) o Función(es)

- En caso de laborar en la UNAM:

No. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Dependencia

Nombramiento(s)

Asignatura(s) que imparte

- Dirección de tesis:

No aplica

Pregrado

Posgrado

- Líneas de investigación: (mencionar máximo tres)

- Publicaciones:

No aplica:

Libros:

Revistas científicas:

Tesis:

Documentos de internet:

Carteles:

Normas técnicas:

Otro: \_\_\_\_\_

- Participación en cargos académico-administrativos:





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 03 - Lista de alumnos aceptados<sup>10</sup>.**

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA		<b>LISTA DE ALUMNOS ACEPTADOS</b>
<b>Actividad de Educación Continua</b>		Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____	
Nombre de la actividad: _____			
Fecha de inicio <small>(dd/mm/aa):</small> _____		Fecha de término <small>(dd/mm/aa):</small> _____	
_____ <small>Nombre del Responsable Académico</small>		_____ <small>Firma</small>	
_____ <small>Institución organizadora</small>		_____ <small>Número de expediente</small>	
Nombre(s) y apellidos <small>(Mayúsculas y acentos)</small>	Especificar la formación profesional del alumno: <small>Bachillerato, técnico, licenciatura, especialidad, maestría o doctorado en:</small>		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>10</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 04 - Solicitud de Inscripción**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Datos Personales** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

CURP o RFC: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Col.  
Delegación o Municipio Entidad Federativa C.P.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono Local (incluye Lado) Teléfono Móvil Correo Electrónico

**Escolaridad** Solamente Educación Básica   
Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Cédula Profesional

Técnico en: \_\_\_\_\_  
 Licenciatura en: \_\_\_\_\_  
 Especialidad en: \_\_\_\_\_  
 Maestría y/o \_\_\_\_\_  
 Doctorado en: \_\_\_\_\_

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: Pregrado \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

**Actividad laboral**  
Institución(es) donde labora Cargo(s) o Función(es)

---

**Actividad de Educación Continua a Inscribirse:**  
 Nombre completo de la actividad: \_\_\_\_\_  
 Institución organizadora y sede: \_\_\_\_\_

Modalidad: Presencial  Mixto  A distancia  Costo (M.N.): \$ \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de aceptación del Responsable Académico \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado**

0016-14.01





**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 05 – Solicitud de elaboración constancias de profesores<sup>11</sup>.**

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA	 <b>SOLICITUD DE ELABORACIÓN CONSTANCIAS PROFESORES</b>
--	--

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_ Fecha de término [dd/mm/aa]: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Responsable Académico Firma

---

Institución organizadora Número de expediente

---

Número de horas teóricas Número de horas prácticas Número de horas totales

	PROFESOR TITULAR O COORDINADOR (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)	Tiempo de participación
1.		

	PROFESOR(ES) ADJUNTO (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)	Tiempo de participación
1.		
2.		

	PROFESOR(ES) ASOCIADO(S) (Grado, Nombre(s) y Apellidos; mayúsculas y acentos)	Tiempo de participación
1.		
2.		
3.		

*Añada el número de filas adicionales necesarias.*



Sello de recepción

<sup>11</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 06 – Solicitud de elaboración constancias alumnos<sup>12</sup>.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE ELABORACIÓN  
 CONSTANCIAS  
 ALUMNOS**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

---

Nombre del Responsable Académico Firma

---

Institución organizadora Número de expediente

Nombre(s) y apellidos (mayúsculas y acentos)		Curso: Acreditó o No Acreditó Diplomado: Calificación (aprobatorio o más)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Añada el número de filas adicionales necesarias.



Sello de recepción

<sup>12</sup> Añada el número de filas adicionales necesarias.



**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**  
**Capacitación Continua**



**Formato 07 – Solicitud de corrección o duplicado de constancia o diploma.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA



**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O  
 DUPLICADO DE CONSTANCIA  
 O DIPLOMA**

**Actividad de Educación Continua** Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Fecha de término (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable Académico Firma

\_\_\_\_\_  
institución organizadora

**Tipo de solicitud**

Corrección Profesor:  Alumna:

Cómo se solicitó: \_\_\_\_\_

Dice: \_\_\_\_\_

Debe decir: \_\_\_\_\_

Duplicado Profesor:  Alumna:

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 vs. Bn. Dr. Julio M. Cacho Salazar  
 Jefe de la Subdivisión de Graduados y  
 Educación Continua

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción

*Para ser llenado por el solicitante a la entrega del documento*

Recibí: Constancia  Diploma  Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de quien recibe Firma





ÁREA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

Procedimiento  
**ACTIVIDADES ACADÉMICAS INTERNAS**

ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	71
Descripción Narrativa .....	72
Diagramas de Flujo.....	73
Anexos .....	74



## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### Procedimiento **ACTIVIDADES ACADEMICAS INTERNAS**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Generar ofertas educativas de actualización, capacitación y especialización en salud mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

Todos los técnicos académicos y profesores de asignatura y de carrera, adscritos al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, podrán coordinar y realizar actividades académicas, sin límite de eventos por año.

El o la profesional adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, deberá presentar el oficio de dictamen aprobado por el Grupo Colegiado de la actividad académica que desea implementar.

Las actividades académicas internas no serán registradas ante la Subdivisión de Educación Continua, de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM.

La Coordinación de Capacitación Continua será la responsable de emitir las constancias de asistencia/participación (sin valor curricular), con firma de la Jefatura del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Las constancias se entregaran a los alumnos que obtengan más del 80% en acreditación y/o asistencia.

La apertura de un curso en ingresos deberá cubrir los 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% o más de ingreso a la Facultad de Medicina.



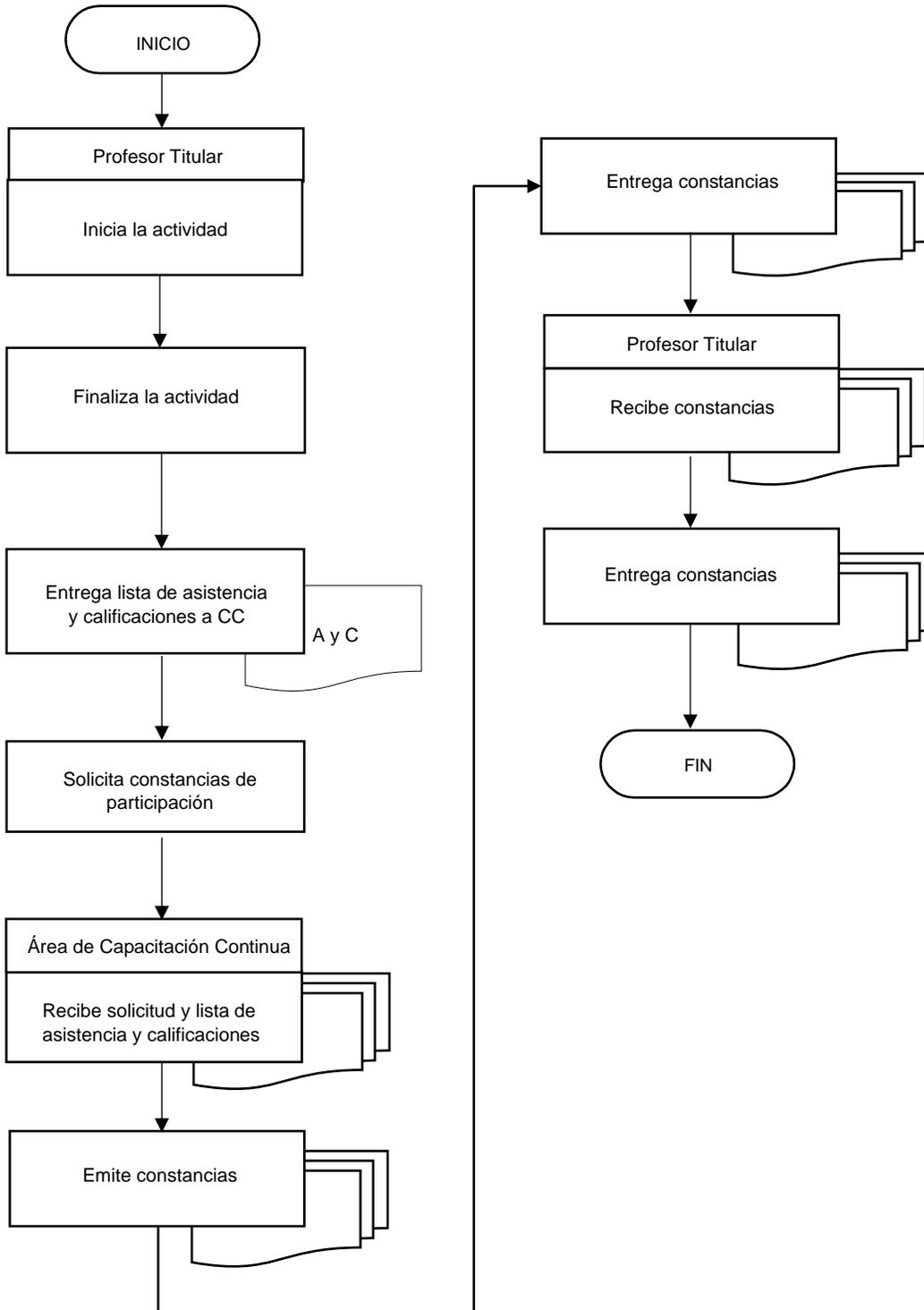
**ACTIVIDADES ACADEMICAS INTERNAS**

<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documento/Programa</b>
Profesor titular	1. Inicia la actividad en fecha asignada. 2. Finaliza la actividad. 3. Entrega lista de asistencia y calificaciones al área de Capacitación Continua. 4. Solicita constancias de participación de alumnos y docentes.	Att. y Calif. Constancias
Área de Capacitación Continua.	5. Recibe solicitud, lista de asistencia y calificaciones. 6. Emite constancias 7. Entrega constancias	Att. y Calif. Constancias Constancias
Profesor Titular	8. Recibe constancias 9. Entrega constancias	Constancias Constancias





### DIAGRAMA DE FLUJO: ACTIVIDADES ACADÉMICAS INTERNAS





## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

## PROCEDIMIENTO: ACTIVIDADES ACADÉMICAS INTERNAS

2021





**Asistencia y calificación**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**  
**COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA**



**REGISTRO DE ASISTENCIA Y CALIFICACIÓN**

<b>Nombre de la actividad:</b>		<b>Profesor Titular:</b>			<b>No. Registro Posgrado FACMED</b>			
<b>Tipo de actividad:</b>		<b>Modalidad:</b>		<b>Plataforma utilizada:</b>			<b>No. Alumnos registrados:</b>	
Nombre(s) y apellidos (Mayúsculas y acentos)	Correo	Fechas y registro de asistencias						Calificación Final
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

\*Añada el número de filas adicionales necesarias





## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

# Procedimiento PAGO A DOCENTES

## ÍNDICE

	Página
Objetivos del procedimiento .....	78
Descripción Narrativa .....	79
Diagramas de Flujo.....	80
Anexos .....	81



## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### Procedimiento **PAGO A DOCENTES**

#### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Solicitar el pago de honorarios de docentes por las actividades académicas generadas en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

#### **NORMAS APLICABLES**

El costo de las actividades académicas será determinado de acuerdo al tabulador vigente previamente determinado por Jefatura y el área de Capacitación Continua.

Para que un curso se aperture los ingresos deberán cubrir el 30% de rectoría, honorarios de profesores invitados y 30% a la Facultad de Medicina.

Los profesores que sean adscritos al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, no podrán cobrar honorarios cuando la actividad sea llevada a cabo dentro de su horario laboral.

El importe de los honorarios a profesores invitados será definido de acuerdo al tabulador vigente previamente determinado por Jefatura y el área de Capacitación Continua.

Los pagos de honorarios se tramitarán una vez concluida la actividad académica.

Se aceptan pagos en ventanillas, practicajas de BBVA y pagos por transferencia electrónica.



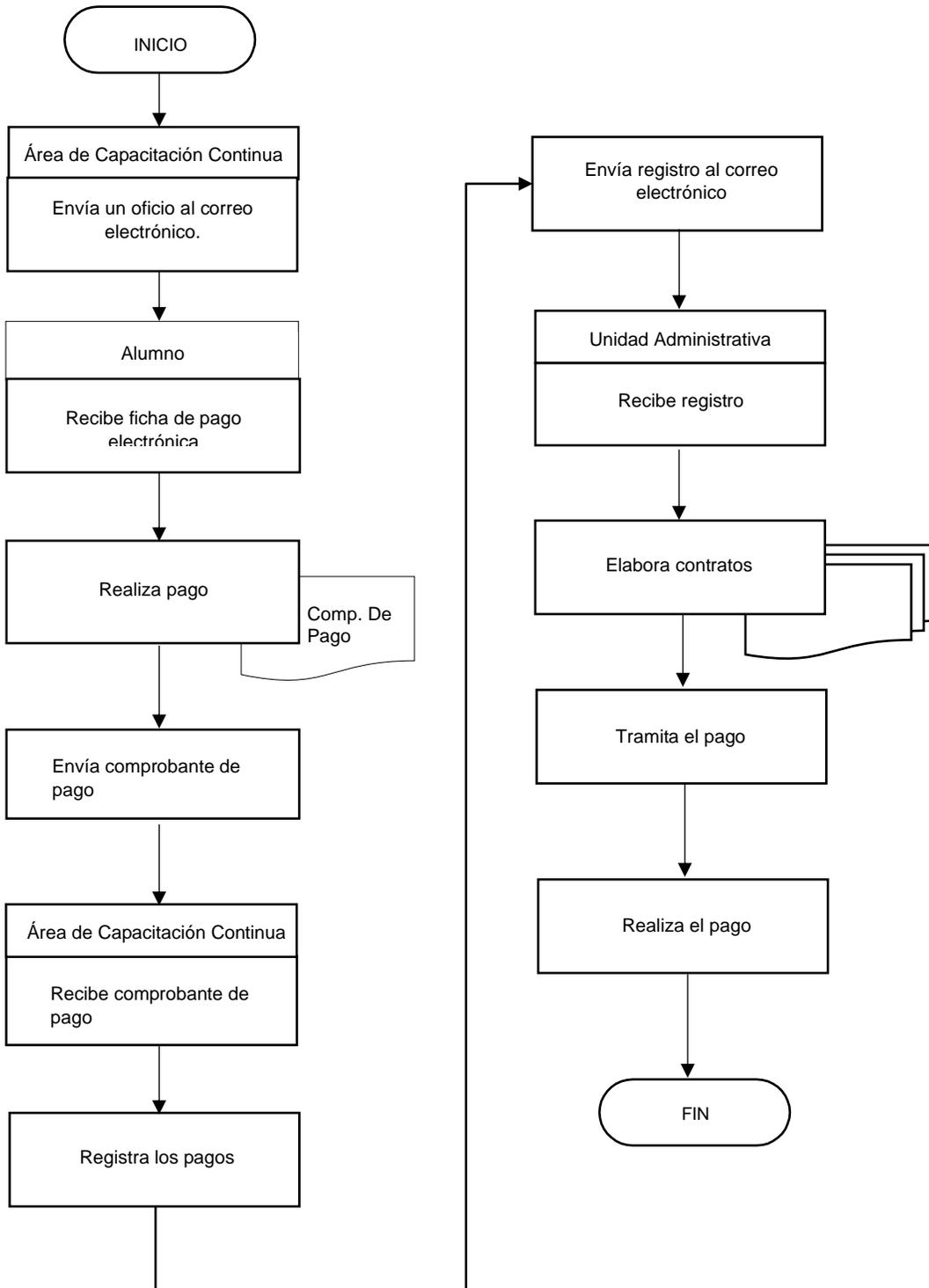
PAGO A DOCENTES

Responsable	Actividad	Documento/Programa
Área de Capacitación Continua	1. Envía un oficio con el nombre de la actividad académica, el periodo en el que se llevará a cabo, el importe a cubrir y el listado de alumnos aceptados con el correo electrónico al cual se deberán enviar las fichas de pago.	Oficio
Alumnos	2. Recibe ficha de pago de manera electrónica. 3. Realiza el pago en el banco designado con la ficha de pago. 6. Envía el escáner del comprobante de pago bancario via correo electrónico al área administrativa con copia a Capacitación Continua y el profesor Titular de la actividad académica.	Ficha de depósito Comprobante de pago
Área de Capacitación Continua/ Docente	7. Recibe por correo electrónico el comprobante de pago bancario de cada alumno. 8. Registra los pagos en un oficio. 9. Envía oficio con el registro con los nombres de los docentes y montos a pagar a cada uno.	Oficio Oficio
Unidad Administrativa	10. Recibe oficio con los nombres de los docentes y montos a pagar. 11. Elabora contratos de honorarios. 12. Tramita el pago correspondiente. 13. Realiza el pago.	Oficio Contrato





### DIAGRAMA DE FLUJO: PAGO A DOCENTES





## ÁREA DE CAPACITACION CONTINUA

### ANEXOS

PROCEDIMIENTO:  
TRAMITES ADMINISTRATIVOS: PAGO A DOCENTES

2021





### Comprobante de pago

\*\* BBVA BANCOMER, S.A. \*\*  
RFC BBA830831LJ2  
FECHA HORA CAJERO  
MME069

DEPOSITO EN EFECTIVO

UBICADO EN: SUC PROVIDENCIA  
CIUDAD DE MEX DF

FECHA DE APLICACION:  
FOLIO NUMERO AUT:  
GUIA CIE 0000  
IMPORTE DE PAGO \$  
EFEC. DEPOSITADO \$  
CAMBIO \$  
REFER: 4170117  
CONVENIO:

EL PAGO DE :  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
HA QUEDADO REGISTRADO CONFIRME  
EN SU PROX. EDO CTA.



## GLOSARIO

Att. Y Calif. DPSM.- Asistencia y calificaciones Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

CC.- Capacitación Continua.

Dictamen.- Opinión y juicio que se forma o emite sobre algo.

DPSM.- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Emitir.- Dar o manifestar, por escrito o de viva voz, un juicio, un dictamen o una opinión.

FMED.- Facultad de Medicina.

RAA.- Responsable Académico de la Actividad.

RFC.- Registro Federal de Contribuyentes.

SGEC.- Subdivisión de Graduados y Educación Continua.

Vo. Bo. - Visto bueno.