



CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Prórroga de Profesores de Asignatura Interinos

PLAN ÚNICO DE ESTUDIOS

C.U.R.P.		R.F.C.	
Secretaría o Departamento de Adscripción			
Grado académico y Nombre			
Categoría	"A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LA ASIGNATURA A IMPARTIR <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Para profesores del área básica			
No. de grupo	No. de horas	Horario (día y hora)	
1	<input type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Para profesores del área clínica			
Licenciatura	No. de grupo <input type="text"/>	Especializaciones	
	TUTOR-COORDINADOR <input type="text"/>	Sede <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	TITULAR/TUTOR CLÍNICO <input type="text"/>	Especialidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	ADJUNTO/PROFESOR <input type="text"/>	TITULAR <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	
Especialidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	ADJUNTO <input type="text"/> Horas <input type="text"/>		
Sede <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Maestrías y Doctorados			
PROGRAMA			
No. de grupo <input type="text"/>	Semestre <input type="text"/>	No. de horas <input type="text"/>	
Periodo de contratación	INICIO <input style="width: 100%;" type="text"/> (DD/MM/AA)	TÉRMINO <input style="width: 100%;" type="text"/> (DD/MM/AA)	
DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR:			
❖ Informe de actividades académicas			
<input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha de elaboración (DD/MM/AA)	El Secretario ó Jefe del Departamento _____ Firma		

Este formato y la documentación correspondiente deberán ingresarse a las oficinas de la SCT con **un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato.**