

Hoja 0

Este formato es complementario de la Solicitud de Acreditación

* Campos obligatorios

*** EL TIEMPO MÁXIMO PARA LA RESPUESTA DE ESTE FORMULARIO ES DE 30 MINUTOS.**

Las instituciones que llenaron su HOJA CERO antes del mes de agosto 2015, debido a la actualización del sistema, deberán llenarla nuevamente para poder continuar con el proceso de acreditación.

RECOMENDACIONES

1. Utilizar nombres completos y oficiales de programas y personas requeridos en esta Hoja Cero.
2. No se deberán usar abreviaturas, ni siglas.
3. Capturar en minúsculas y mayúsculas.
4. Verificar que los correos electrónicos requeridos estén correctamente escritos, ahí se enviará información importante.

*Institución

*Nombre de la unidad académica

*Dirección donde se llevará a cabo la visita de evaluación

*Calle

*Número (S/N si no tiene)

*Colonia

*Ciudad

*Delegación o municipio

*Estado

*C.P.

Campus

Unidad Académica

*Nombre del programa

*Área de especialidad

*Seleccione si es Acreditación o Reacreditación

Director/rector de la institución

* Apellido Paterno

* Apellido Materno

* Nombre(s)

* Cargo (Director o Rector)

* Título

Teléfono

* Teléfono 1

Ext. 1

Teléfono 2

Ext. 2

Teléfono 3

Ext. 3

Fax

* Fax 1

Ext. 1

Fax 2

Ext. 2

Correo

* Correo 1

Correo 2

Responsable de la unidad académica (con excepción del sistema tecnológico)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Cargo

Título

Teléfono

Teléfono 1

Ext. 1

Teléfono 2

Ext. 2

Teléfono 3

Ext. 3

Fax

Fax 1

Ext. 1

Fax 2

Ext. 2

Correo

Correo 1

Correo 2

Responsable del programa

* Apellido Paterno

* Apellido Materno

* Nombre(s)

* Cargo dentro de la institución

* Título

Teléfono

* Teléfono 1

Ext. 1

Teléfono 2

Ext. 2

Teléfono 3

Ext. 3

Fax

* Fax 1

Ext. 1

Fax 2

Ext. 2

Correo

* Correo 1

Correo 2

Persona que solicita la acreditación

* Apellido Paterno

* Apellido Materno

* Nombre(s)

* Cargo dentro de la institución

* Título

Teléfono

* Teléfono 1

Ext. 1

Teléfono 2

Ext. 2

Teléfono 3

Ext. 3

Fax

* Fax 1

Ext. 1

Fax 2

Ext. 2

Correo

* Correo 1

Correo 2

Persona encargada del proceso de acreditación

IMPORTANTE: A ESTA CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO SE ENVIARÁN USUARIO/CONTRASEÑA Y TODAS LAS NOTIFICACIONES DEL SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN.

* Apellido Paterno

* Apellido Materno

* Nombre(s)

* Cargo dentro de la institución

* Título

Teléfono

* Teléfono 1

Ext. 1

Teléfono 2

Ext. 2

Teléfono 3

Ext. 3

Fax

* Fax 1

Ext. 1

Fax 2

Ext. 2

Correo

* Correo 1

Correo 2

Dirección postal a la que se deberá enviar oficios del proceso

* Calle

* Número (S/N si no tiene)

* Colonia

* Ciudad

* Delegación o municipio

* Estado

* C.P.

Fechas propuestas para la visita (indicar fecha de inicio de la visita)

* 1a fecha

* 2a fecha

* 3a fecha

Información del programa (datos estadísticos)

* Tipo de plan

Alumnos matriculados en el programa en los últimos cinco años

* Año 1

* Cantidad de alumnos

* Año 2

* Cantidad de alumnos

* Año 3

* Cantidad de alumnos

* Año 4

* Cantidad de alumnos

* Año 5

* Cantidad de alumnos

Fecha de inicio y término de los últimos dos años escolares

* Penúltimo periodo INICIO

* Penúltimo periodo TERMINO

* Último periodo INICIO

* Último periodo TERMINO

*** EL FORMATO REQUERIDO PARA LA CARGA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ES EN PDF.**

- * Objetivos del programa
- * Perfil del egresado por competencias
- * Ámbito que deben cubrir los egresados

Captcha