

Encabezado General		A. Nombre del Formato:	
		SOLICITUD DE RECURSOS ECONOMICOS	
F-22-01-R1;210817		B: Código/Revisión;Fecha:	F-19-04-R1;210817
Datos de los Registros (evidencia):		C. Página	1 de 1
D. Fecha de elaboración:	20/04/2021	E. Periodo al que aplica:	2020

1. FOLIO: 309

DATOS GENERALES

Cuotas y Tarifas

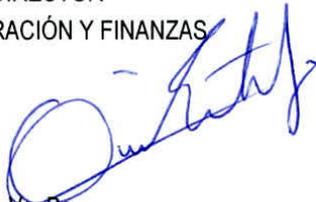
2. PROYECTO:	62IP	3. PARTIDA:	33401	4. REQUISICION NO.	104
5. SOLICITANTE:	L.A.E. MARICELA SANTUARIO ORTIZ				
6. ÁREA SOLICITANTE:	RECURSOS MATERIALES Y SERV. GENERALES				
7. PUESTO:	JEFA DE DEPARTAMENTO				
8. CONTRATO O PEDIDO No. (JUSTIFIQUE EN CASO DE NO INCLUIRLO)	N/A POR NO REBASAR LAS 300 VECES EL SMVDF				

9. SOLICITUD DE

VÍCIOS	<input type="checkbox"/> (ANEXO F-16-0XX)	PAGO A PROVEEDORES	<input checked="" type="checkbox"/>
GASTOS A COMPROBAR	<input type="checkbox"/> (ANEXO F-16-0XX)	REPOSICION DE GASTOS	<input type="checkbox"/>
REEMB. DE FONDO REV.	<input type="checkbox"/>	BECAS	<input type="checkbox"/>
10. IMPORTE SOLICITADO:	\$ 15,000.00		
11. CON LETRA:	(Quince mil pesos 00/100 M.N.)		
12. CONCEPTO:	Se requiere capacitar a 5 docentes en el curso en formación de instructores en simulación clínica, con la finalidad de cumplir con los criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio de las licenciaturas en enfermería y el objetivo es capacitar a los profesores en la enseñanza basada en simulación como herramienta educativa.		

OBSERVACIONES

FORMA DE PAGO	
CHEQUE	
13. A NOMBRE DE	
14. CHEQUE PARA EL DIA:	
15. DOCUMENTO COMPROBATORIO:	*FACTURA <input checked="" type="checkbox"/> *RECIBO <input type="checkbox"/>
TRANSFERENCIA	
16. NOMBRE DE	Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. A.C.
18. NOMBRE DEL BANCO:	0121 8000 1552 4990 21 FAVOR DE CHECAR EL NÚM. EN HOJA ANEXA
19. TRASFERENCIA PARA EL DIA:	BANCOMER
20. DOCUMENTO COMPROBATORIO:	23/04/2021
	<input type="checkbox"/> *RECIBO <input type="checkbox"/>

21. FIRMAS	DIRECTOR	RECTORIA
	ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
P.A.		
SOLICITO	Vo. Bo.	AUTORIZÓ
L.A.E. MARICELA SANTUARIO ORTIZ	M.A. ORIS ESTELA VARGAS GARCÍA	MTR. JOSÉ ANTONIO ZAMORA GUIDO

*OC 152 P00517
C 178 P00518*

*OP 150 P00562
OP 164 C00230
23 Abril 2021*

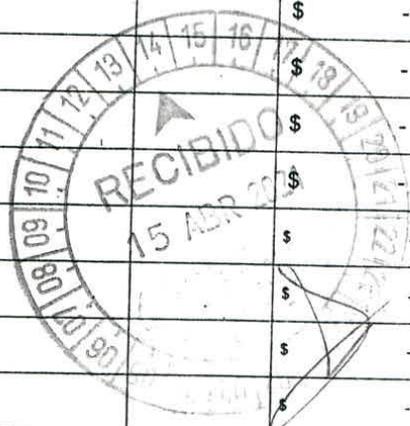
Fernando Noyari

Encabezado General		A. Nombre del Formato:	
 ULANCINGO UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TULANCINGO <small>Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal</small>		REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
F-22-01-R1/210817		B. Código/Revisión, Fecha:	
D. Fecha de elaboración:		F-16-09-R5/270319	
12 de abril de 2021		E. Período al que se aplica:	
		ENERO-ABRIL 2021	
C. Página 1 de 1		Datos para los Registros (Evidencia):	

RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.		1. Folio: 000104	
2. Fecha que se requiere el bien o servicio: (dd/mm/aaaa)		3. Núm. de contrato:	
15 de abril 2021			
5. Nombre y Firma del solicitante:		Urgente: <input checked="" type="checkbox"/>	
LIC. MARISOL OLIVERA GARRIDO		Normal: <input type="checkbox"/>	
6. Proyecto:		7. Nombre y Firma del líder del proyecto:	
62 Admón Central		Mtra. Oris Estela Vargas García	

8. JUSTIFICACIÓN:
 Se requiere Capacitar a 5 docentes en el curso en Formación de Instructores en Simulación Clínica, con la finalidad de cumplir con los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las Licenciaturas en Enfermería, y el objetivo es capacitar a los profesores en la enseñanza basada en simulación como herramienta educativa.

9. Clave (Rec. Mat.)	10. Partida (Progr. Y Pres.)	11. Cantidad	12. Unidad de Medida	13. Concepto	14. Especificaciones Técnicas	15. Costo Unitario Aproximado	16. Subtotal
1979	33401	5	PAGOS	FORMACIÓN DE INSTRUCTORES EN SIMULACIÓN CLÍNICA	DIPLOMADO EN FORMACIÓN DE INSTRUCTORES EN SIMULACIÓN CLÍNICA, PARA 5 DOCENTES DEL ÁREA DE SALUD	\$ 3,000.00	\$ 15,000.00
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -
							\$ -



AUTORIZACIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO				22. OBSERVACIONES:	
17. Total del Gasto:	18. Máximo Autorizado:	19. Proyecto:	20. Fuente de financiamiento:		
\$ 15,000.00		62	Federal		
			Estatal		
			IP		
21. FIRMA DE AUTORIZACIÓN:				24. NOMBRE Y FIRMA DEL RECTOR:	
23. NOMBRE Y FIRMA DE ENCARGADA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS:				MTR. JOSE ANTONIO ZAMORA GUIDO	
MTRA. ORIS ESTELA VARGAS GARCÍA					
25. NOMBRE Y FIRMAS DE CONFORMIDAD Y FECHA:					

NOTA:

En caso de ser monto mayores de 300 veces la UMA se deberá de verificar el procedimiento de adjudicación: DIRECTA, INVITACIÓN O LICITACIÓN, dependiendo de ello será el tiempo de entrega, conforme lo estipula la Ley en la materia, y el área usuario deberá requisitar el anexo técnico.

Encabezado General		A. Nombre del Formato:	
		Memorándum.	
F-22-01-R1/210817		B. Código/Revisión/Fecha:	F-01-06-R2;260319
Datos para los Registros (Evidencia):			
D. Fecha de elaboración:	12-04-2021	E. Período al que aplica:	Enero- Abril 2021

De: Mtra. María Elena Hernández Briones
 Coordinadora de Desarrollo Académico
 y Calidad Educativa.

No. de referencia²: CDACE/119/2021
Asunto³: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE
CAPACITACIÓN EN FORMACIÓN DE INSTRUCTORES
EN SIMULACIÓN CLÍNICA.

Apreciable Maestro.

Me permito solicitar su valioso apoyo, para que tenga a bien autorizar la capacitación en el curso en Formación de Instructores en Simulación Clínica, con la finalidad de cumplir con los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las Licenciaturas en Enfermería, y el objetivo es capacitar a los profesores en la enseñanza basada en simulación como herramienta educativa.

Esta capacitación es para 5 docentes del Área de la Salud:

	Nombre	Área
1	L. E Marisol Olvera Garrido	Enfermería
2	Dra. Mayra Gabriela Adame Salazar	Salud Reproductiva y Partería
3	Dra. Schanda Herrera Ramírez	Terapia Física
4	L. E Claudia Esther Cebrián Vargas	PTC Enfermería
5	Mtra. Maribel Romero Ortiz	PTC Enfermería

La capacitación es modalidad virtual, con duración de 3 meses, iniciando el 9 de abril y concluye el 25 de junio. Tiene un costo de \$3000.00 por persona.

Mapa Curricular:

- Módulo I Introducción a la simulación clínica.
- Módulo II Actividades con simulación.
- Módulo III Aprendizaje reflexivo.
- Módulo IV Evaluación en simulación.
- Módulo V Manejo de recursos en crisis.
- Módulo VI Gestión de centros de simulación.

Agradeciendo su atención, reciba un cordial saludo.

Encabezado General		A. Nombre del Formato:	
 ULANCINGO UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TULANCINGO <small>Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal</small>		Memorandum.	
F-22-01-R1;210817		B. Código/Revisión, Fecha: F-01-06-R2;260319	
Datos para los Registros (Evidencia):			
D. Fecha de elaboración:		E. Periodo al que aplica:	
12-04-2021		Enero- Abril 2021	
		C. Página de	

5. ATENTAMENTE


Mtra. Ma. Elena Hernández Briones
 Coordinadora de Desarrollo Académico
 y Calidad Educativa


Mtro. José Antonio Zamora Guido
 Rector

Lista de	6. Nombre	7. Cargo	Recibido: 8. Firma y fecha
Para:	Mtro. José Antonio Zamora Guido	Rector	
c.c.p	Mtra. Oris E. Vargas García	Encargada de Dirección de Administración y Finanzas	



PROCESO DE INSCRIPCION

Diplomado
Formación de
instructores en
simulación clínica

→ **Enviar la siguiente documentación en formato PDF:**

- Título profesional de Técnico, Licenciatura, Especialista, Maestría y/o Doctorado en Enfermería.
- Cédula profesional.
- Certificado de calificaciones del último grado de estudios.
- Credencial de elector por ambos lados.
- CURP actual 2021.
- Pago de inscripción (Recibo o captura de pantalla)

Al siguiente correo:

anita_mota@hotmail.com

Con copia al correo:

fgodinezg92@gmail.com

→ **Cubrir pago de inscripción del diplomado.**

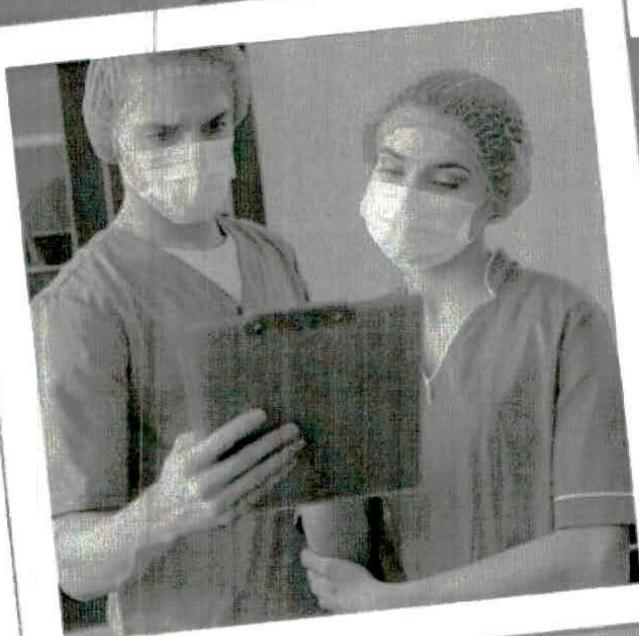
- Transferencia bancaria
 - No Cuenta: 4152 3137 5463 7192



Invita a cursar el

Diplomado

Formación de
instructores en
simulación clínica



Inversion:

Inscripción: \$1,000.00
1ª Mensualidad: \$1,000.00
2ª Mensualidad: \$1,000.00

Duración: 03 Meses

Inicio: 09/04/21

Termino: 25/06/21

Modalidad:
Virtual

 **Informes**

Mtra. Ana María García Motta - 7717090505
Mtro. Francisco Godinez Rios - 7714324201

CUOTA DE RECUPERACIÓN

\$3,000.00 pesos mx

Depósito a nombre de:

CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN
DE ENFERMERÍA, A.C.

BANCO: BBVA

No. de cuenta: 0155249902

Clabe Interbancaria: 012180001552499021



Fecha y hora de consulta

23/04/2021 11:20:32 AM

Contrato

00088633

Nombre del Cliente

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE TULANCINGO

BBVA Net Cash - Pagos Mismo Banco

Operación autorizada

Datos del firmante

Usuario: ADMIN1

Poder: 100%

Datos de la operación

Tipo de operación: Pago Mismo Banco

Descripción: CONSEJO

Importe de la operación: 15,000.00 MXP

Cuenta de retiro: 0116206654

Cuenta de depósito: 0155249902

Divisa de la cuenta: MXP

Divisa de la cuenta: MXP

Titular de la cuenta: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE TULANCINGO

Titular de la cuenta: CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION DE ENFERMERIA AC

Fecha de creación: 23/04/2021

Fecha de aplicación: 23/04/2021

Hora: 11:20:23

Instrumento de seguridad: ASD 1856803838

Motivo de pago: CAPACITACION 5 DOCENTES

Datos de confirmación de la transferencia

Folio de firma: 0082910161

Folio único: I323202104231120230082910168

Estado operación

Porcentaje firmado: 100%

Estado: Operado

Detalle de firmas

Acción	Usuario	Porcentaje aportado	Fecha
CREO	ADMIN1	-- %	23/04/2021
FIRMO	ADMIN1	100 %	23/04/2021