|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | **F1 - 2009** |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **Instituto Tecnológico de Sonora 5 de Febrero No. 818 Sur. Teléfono 410-09-00 Apdo. 541 C.P. 85000 Cd. Obregón, Sonora CDAC-POP-FO-22-01** | **FORMATO PARA MODIFICAR PROGRAMAS DE CURSO CON EL ENFOQUE POR COMPETENCIAS PLAN 2009** |
| **\_\_\_\_\_PROFESIONAL ASOCIADO** |
| **\_\_\_\_\_LICENCIATURA**  |  |
| **\_\_\_\_\_POSGRADO** |
| Marcar con una **X** el nivel educativo al que pertenece el programa de curso.  |
|  |  |  |   | **FECHA:**  |   |
|  |  |  |   |  |   |   |
| **FOLIO:** | **CLAVE** **Y NOMBRE DEL CURSO:** | Espacio que será llenado por la Coordinación de Desarrollo Académico al momento del resguardo |
|       |
| **MODIFICACIONES REALIZADAS** (Espacio para ser marcado por el Representante del Comité de Revisión) |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **Porcentaje de modificación** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Para efectos del presente formato, se requiere un porcentaje de modificación igual o mayor al 50% (Ver siguiente página).** |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE REVISIÓN**  |
| **PARTICIPANTES UNIDAD GUAYMAS****PARTICIPANTES UNIDAD OBREGÓN****PARTICIPANTES UNIDAD NAVOJOA** |
|
|
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |
| **JUSTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** |
| Redactar en un máximo de 3 líneas la razón de los cambios según la Academia. |
|
|
| **REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE REVISIÓN** | **LÍDER DEL BLOQUE** |
|  |  |
| **ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA EDUCATIVO** | **JEFE DE DEPARTAMENTO** 5. Deberá ser avalado por los Jefes de Departamento donde se imparte el curso) |
|  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Miembro de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **VER *OBSERVACIONES* EN LA PÁGINA SIGUIENTE**  |
|   |   |  | Página 1 de 2 |
|   |   |  |  |  |  |   |
|   |   |  |  |  |  |   |
|   |   |  |  |  |  |   |
|   |   |  |  |  |  |   |
| Dentro del formato para **reportar cambios de un programa curso**, existen las siguientes claves: |
| **MODIFICACIONES REALIZADAS** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** |
| **Para que aplique nuevo registro se necesita que los cambios sean igual o mayor al 50% del total de sus elementos.**  |
|   |    |   |   |   |  **Porcentaje de Valor**  |
|  | 1. Competencia 0%
 |
|  | 1. Unidad de Competencia 35%
 |
|  | 1. Elementos de la Competencia 30%
 |
|  | 1. Requerimientos de Información (Contenido Temático) 10%
 |
|  | 1. Criterios de Evaluación 10%
 |
|  | 1. Actitudes 5%
 |
|  | 1. Bibliografía 10%
 |
|   |   |   |   |   | **TOTAL: 100%** |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **1** | La solicitud de modificación a un programa de curso, aplica únicamente cuando se haya añadido, suprimido o reemplazado en su totalidad al menos una unidad de competencia. |
|   |
| **2** | No aplica en los siguientes casos: |
|  |   | * Actualización de requerimientos de información.
 |
|  |   | * Actualización en las actitudes.
 |
|  |   | * Modificación de los porcentajes de valor de las unidades de competencia.
 |
|  |   | * Actualización de la bibliografía.
 |
|  |   |   |   |   |   |   |
| **3** | Deberá incluirse al Comité Revisor un integrante de Unidad Navojoa y Guaymas. |
|  |
| **4** | No es susceptible de cambiarse a través de este procedimiento: |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   | \* La competencia a la que contribuye el curso. |
|   | \* Las horas clase, prácticas o laboratorio. |   |
|   | \* La clave y nombre del curso. |   |
|   | \* Los requisitos de seriación. |   |
|   | \* La adscripción a un departamento. |   |
|   | \* El formato para la elaboración y para el registro del programa de curso. |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **5** | Para implementar un programa de curso deberá contarse con la aprobación del Comité Revisor, Coordinador del Bloque, Administradores de Programas Educativos y finalmente deberá ser avalado por los Jefes del Departamento donde se imparte el curso, todo lo anterior para entregarlo a la Coordinación de Desarrollo Académico para su resguardo en donde se sellará y firmará de recibido. |
|   |
|   |
|   |
|   |
| **CURSO:** |   |   |   |   |   |
| **OBSERVACIONES:** |
|
|   |   |   |   | **Dra. Reyna Isabel Pizá Gutiérrez** |
|   |   |   |   | Coordinadora de Desarrollo Académico |
|   |   |   |   |   |   | Página 2 de 2 |