**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**FMED/SG/IDM/000/2024**

Asunto: Notificación de cambios

**LIC. CLAUDIA NAVARRETE GARCÍA**

**DIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PRESENTE**

Tomando como referencia los Lineamientos y Normas de Operación de las Prácticas Profesionales Universitario, solicito a usted se realicen los cambios que a continuación se mencionan en el(los) programa(s) de prácticas profesionales registrados ante la UNAM para el presente año, por esta dependencia ejecutora:

Dichos cambios se solicitan debido a que **(breve explicación del motivo)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clave del Programa** | **Nombre del Programa y Alumnos** | **Cambio(s) Solicitado(s)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Utilizar un renglón por cada programa con cambios y anexar tantos renglones sean necesarios.*

* *Recuerde que si desea agregar una licenciatura/ETEs, debe contener al menos 5 actividades*

Agradeciendo la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a día de mes de 2024**

**DRA. IRENE DURANTE MONTIEL**

**SECRETARIA GENERAL Y**

**COORDINADORA ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA DE**

**PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA FACULTAD DE MEDICINA**

**Para cambio del Coordinador de Prácticas Profesionales en la Dependencia Ejecutora y/o del Responsable del Programa y Alumnos, es necesario anotar el nombre completo y cargo de la persona a la que sustituye y enviar los datos completos de la persona que ingresa: Nombre, firma, cargo, profesión, domicilio laboral completo, teléfono y correo electrónico.**

Toda **incorporación de carreras a programas ya aprobados (\*) y /o modificación en el número de plazas solicitadas por carrera (\*\*),** aplica sólo cuando exista el interés del alumno y se obtenga el visto bueno de la facultad de origen, la solicitud se deberá envíar por correo electrónico a la facultad correspondiente para su revisión y de ser aprobado, la entidad académica solicitará el trámite al Departamento de Registro y Seguimiento, DGOAE.

**(\*) Nombre de la carrera, número de prestadores y la descripción de mínimo cinco actividades sustantivas, congruentes con el planteamiento del programa y el perfil solicitado.**

**(\*\*) Número de plazas solicitadas de origen y en número a ampliar.**

**En el oficio definitivo, eliminar todos los elementos que se presentan en color rojo dentro del presente formato tipo.**