

**SOLICITUD DE APOYO PARA DOCENTES-ALUMNOS**  
**(PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA)**  
**APOYO ACADÉMICO (VIÁTICOS-INSCRIPCIÓN-BOLETO DE AVIÓN)**

FO-DGPDI-015-01

**Director(a) General de Planeación y Desarrollo Institucional**  
**Representante Institucional PFCE**

Sirva la presente para saludarlo cordialmente y solicitarle apoyo para la realización de la(s) siguiente(s) actividad(es) académica(s):

**1. Datos del solicitante.**

Nombre completo del solicitante:	<input type="text"/>
Número de empleado-matrícula:	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>
Correo electrónico de la UACJ:	<input type="text"/>
Correo electrónico alternativo:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>
Programa Educativo:	<input type="text"/>
Teléfono de casa:	<input type="text"/>
Número de celular:	<input type="text"/>
Extensión de cubículo: (Docentes)	<input type="text"/>

(Nota: Estos datos son requeridos para hacer efectivo el trámite de compra de boletos de avión, favor de emitirlos.)

**2. Actividad académica a realizar.**

<b>Tipo:</b>	Estancia <input type="text"/>	Congreso <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>
<b>Nombre del Evento:</b>	<input type="text"/>		
<b>Fecha del evento:</b>	del dd <input type="text"/>	mm <input type="text"/>	aa <input type="text"/>
	al dd <input type="text"/>	mm <input type="text"/>	aa <input type="text"/>
<b>Sede:</b>	Ciudad <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>	País <input type="text"/>
<b>Observaciones:</b>	<input type="text"/>		

**3. Apoyos requeridos:**

Inscripción: Sí  No  Costo

Viáticos: Sí  No  Días

Boleto de avión: Nacional  Internacional

\*Anexar Itinerario

**4. Señale con claridad los compromisos que se asumen al realizar esta actividad y la fecha de la evidencia.**

Productos: Ponencia  Publicación  Otro

**Solo Docentes:**

Procesos: Docencia  Investigación  Redes  Otro

Indicadores: PROMEP  S N I  CAC  Otro

Fecha compromiso: \_\_\_\_\_

**5. Estructura propuesta. (Espacio para uso exclusivo de la CADAC)**

Proyecto  Objetivo  Meta

Acción  BMS

**6. \*\*ANEXOS**

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma  
Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma  
Jefe del Departamento

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma  
Coordinador de Apoyo al Desarrollo Académico

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma  
Director del Instituto

**USO EXCLUSIVO DE LA DGPD I**

Autorización Representante Institucional del PFCE

**Mtra. María Esther Mears Delgado**

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre y firma