1. **DATOS GENERALES**

|  |
| --- |
| **Entidad Federativa:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Centro de Capacitación para el Trabajo Industrial No.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Instituto de Capacitación para el Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Unidad de Capacitación en:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **TRÁMITE SOLICITADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Creación:** |  |  | **Cancelación:** |  |
| *(Continuar en los apartados No. III y V)* |  | *(Continuar en los apartados No. IV y V)* |
|  |  |
| **Nombre de la especialidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD.**

**ESPACIO FÍSICO, (Anexar Plano Arquitetônico de planta de conjunto)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPACIO FÍSICO** | **DIMENSIÓN** | **CONDICIONES** |
| **AULA** |  |  |
| **TALLER** |  |  |

**EQUIPO Y MAQUINARIA, (Anexar relación de equipo inventariado)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **CLAVE (CAMBS)** | **NÚMERO INVENTARIO** | **INSTALADO** | **OPERANDO** | **INSTRUCTORES CAPACITADOS EN SU OPERACIÓN** | **OBSERVACIONES** |
| **SÍ** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DOCENTES-INSTRUCTORES\* (Anexar Curriculum Vitae)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CURP** | **CLAVE PRESUPUESTAL** | **No. HORAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*Llenar en caso de CECATI.***

**TÉCNICO-ACADÉMICOS\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITACIÓN QUE REQUIERE EL INSTRUCTOR PARA IMPARTIR LA ESPECIALIDAD** | **NOMBRE (S) DEL (LOS) CURSO (S)** | **LUGAR EN DONDE SE CAPACITARÁ** | **PERIODO DE CAPACITACIÓN** |
| **TÉCNICA** |  |  |  |  |
| **PEDAGÓGICA** |  |  |  |  |
| **OTRA** |  |  |  |  |

1. **SITUACIÓN DE LOS RECURSOS POR CANCELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD.**

**ESPACIO FÍSICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPACIO FÍSICO** | **DIMENSIONES** | **CONDICIONES** | **UTILIDAD QUE SE PREVEE ASIGNAR** |
| **AULA** |  |  |  |
| **TALLER** |  |  |  |

**EQUIPO Y MAQUINARIA (Anexar relación con el siguiente formato)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **CLAVE (CAMBS)** | **NÚMERO INVENTARIO** | **DESTINO FINAL** |
| **APROVECHAMIENTO EN OTRA ESPECIALIDAD** | **CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN** |
|  |  |  |  |  |

**DOCENTES-INSTRUCTORES\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CURP** | **CLAVE PRESUPUESTAL** | **A** | **B** | **D** | **F** | **E** | **C** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Llenar en caso de CECATI.**

1. Reconversión
2. Reubicación
3. Licencia
4. Jubilación
5. Renuncia
6. Baja
7. **DOCUMENTACIÓN SOPORTE PARA LA AUTORIZACIÓN DE ESPECIALIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **CREACIÓN** | **CANCELACIÓN** |
| ( ) | Plano arquitectónico de conjunto. | ( ) | Justificación de la cancelación. |
| ( ) | Relación de equipo disponible o a adquirir. (Listado cuantificado) | ( ) | Estadística de la demanda atendida en los últimos 5 ciclos escolares. |
| ( ) | Fotografías. | ( ) | Informe final de los recursos con que operaba. |
| ( ) | Currículum Vitae del (los) docente (s). | ( ) | Fotografías. |
| ( ) | Otro. | ( ) | Otro |

1. **FIRMAS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES DEL TRÁMITE**

Los firmantes hacen constar que el formato está completamente requisitado y que se anexa la documentación señalada en el apartado V.

|  |
| --- |
| **ELABORÓ** |
|  |  |  |
| **Nombre y firma del Jefe de Área de Planeación y Administración** |  | **Nombre y firma del Jefe del Área de Capacitación** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITÓ** |  | **AUTORIZÓ** |
|  |  |
| **Nombre y firma del Director del CECATI o Unidad de Capacitación de ICAT** | **Nombre y firma del Subdirector de Coordinación o Asistente de Enlace Operativo o del Director General del ICAT** |

**INSTRUCTIVO DE UTILIZACIÓN DEL FORMATO**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESPECIALIDADES (613-PR-00-A01)**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO:** | Registrar la información que fundamente y justifique la solicitud de autorización de especialidades (creación y cancelación). |
| **FRECUENCIA DE USO:** | En el mes de junio, de cada ciclo escolar. |
| **SE ELABORA EN:** | Original y copia. |
| **DISTRIBUCIÓN:** | Original: Subdirección de Planeación.Copia: Plantel. |
| **RESPONSABLES DEL LLENADO DEL FORMATO:** | Jefe del Área de Planeación y Administración.Jefe del Área de Capacitación. |
| **RECOMENDACIONES GENERALES:** | Antes de llenar el formato, leer correctamente el presente instructivo.El formato deberá ser llenado a computadora.Anexar la documentación soporte. |

**I. DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIDAD FEDERATIVA:** | El nombre de la entidad federativa en la que se ubica el CECATI o Unidad de Capacitación del ICAT. |
| **CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL No.** | El número oficial que identifica al CECATI y su Ubicación. |
| **INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO:** | El nombre del Instituto al cual pertenece la Unidad de Capacitación. |
| **UNIDAD DE CAPACITACIÓN EN:** | El nombre de la ciudad o localidad en donde se ubica la Unidad de Capacitación. |

|  |
| --- |
| **II. TRÁMITE SOLICITADO** |
| **CREACIÓN/CANCELACIÓN:** | Una “X” en el espacio correspondiente al trámite solicitado. |
| **NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD:** | El nombre de la especialidad que corresponda, de acuerdo con el Cuadro de Áreas, Especialidades y Cursos, vigente. |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES****PARA LA OPERACIÓN DE LA ESPECIALIDAD** |
| **ESPACIO FÍSICO:** | En las columnas respectivas la dimensión y condiciones del espacio físico (aula o taller), donde se ubicaría la especialidad a operar. |
| **EQUIPO Y MAQUINARIA:** | De acuerdo con el formato relacionar el nombre del equipo, la clave CAMBS, el número de inventario; así como con una “X indicar si el equipo en cuestión está instalado, operando y sí el instructor está capacitado en la operación del equipo, y las observaciones que correspondan. |
| **DOCENTES-INSTRUCTORES:** | El nombre del (los) instructor (es), disponible (s) para la impartición de la especialidad, así como el número de la Clave Única de Registro de Población, la Clave Presupuestal y el número de horas asignadas a la especialidad (Llenar únicamente en caso de CECATI). |
| **TÉCNICOS-ACADÉMICOS:** | Una “X” en el espacio que corresponda, sí el instructor requiere de capacitación técnica, pedagógica u otra que el plantel proveerá; el (los) nombre (s) del (los) curso (s) a que debe asistir el instructor propuesto, así como el lugar donde se capacitará y el periodo de capacitación (Llenar únicamente en caso de CECATI). |

|  |
| --- |
| **IV. SITUACIÓN DE LOS RECURSOS POR CANCELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD** |
| **ESPACIO FÍSICO:** | En las columnas respectivas la dimensión y condiciones del espacio físico (aula o taller) en el cual operaba la especialidad cancelada, así como la utilidad que se prevé asignar al mismo. |
| **EQUIPO Y MAQUINARIA:** | De acuerdo con el formato, relacionar el nombre del equipo, la clave CAMBS, el número de inventario; así como indicar sí el equipo será puesto a disposición o aprovechado en otra especialidad. |
| **DOCENTES-INSTRUCTORES:** | El nombre del (los) instructor (es), con su respectiva Clave Única de Registro de Población (CURP), y Clave Presupuestal; así como con una “X” indicar el movimiento que se realizará con el (los) instructor (es) por la cancelación de la especialidad (Llenar únicamente en caso de CECATI). |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN SOPORTE PARA LA AUTORIZACIÓN DE ESPECIALIDADES** |
| **CREACIÓN/CANCELACIÓN:** | Una “X” en las opciones que corresponden a la documentación soporte que se esté anexando, de acuerdo con el trámite solicitado. |

|  |
| --- |
| **FIRMAS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES DEL TRÁMITE** |
| **ELABORÓ:** | El nombre y firma de los Jefes de las Áreas de Planeación y Administración y de Capacitación. |
| **SOLICITÓ:** | El nombre y firma del Director del CECATI o de la Unidad de Capacitación del ICAT. |
| **AUTORIZÓ:** | El nombre y firma del Subdirector de la Coordinación o Asistente de Enlace Operativo o del Director General del ICAT. |