

## SOLICITUD DE TRÁMITE PARA INSTITUCIONES PARTICULARES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

FORMATO 1

SECRETARÍA DE INNOVACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA.  
PRESENTE.

FECHA: 01-jul-14  
(DÍA / MES / AÑO)

## TIPO DE TRÁMITE (SELECCIONE ÚNICAMENTE UN TIPO TRÁMITE)

<input checked="" type="checkbox"/>	RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS
<input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN A PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO
<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN A PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL
<input type="checkbox"/>	OTRO

ESPECIFIQUE:

NOMBRE COMPLETO DEL PLAN DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD EN DICTAMINACIÓN PERICIAL
PERIODO DE LA CARRERA	3 CUATRIMESTRES
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL	INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES

NIVEL DE ESTUDIOS	TURNO	MODALIDAD	CICLO
PROFESIONAL ASOCIADO O TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/> MATUTINO	<input type="checkbox"/> ESCOLARIZADA	<input checked="" type="checkbox"/> CUATRIMESTRAL
LICENCIATURA	<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> NO ESCOLARIZADA	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL
<input checked="" type="checkbox"/> ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> NOCTURNO	<input checked="" type="checkbox"/> MIXTA	<input type="checkbox"/> ANUAL
MAESTRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)
DOCTORADO			

TIPO DE ALUMNADO
<input type="checkbox"/> FEMENINO
<input type="checkbox"/> MASCULINO
<input checked="" type="checkbox"/> MIXTO

## DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN

CALLE Y NÚMERO	COLONIA
BATALLA DE ZACATECAS 2395	FRACCIONAMIENTO REVOLUCIÓN
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
45580	TLAQUEPAQUE
TELÉFONO (DOS POR LO MENOS)	FAX
30 30 94 46, 30 30 94 17	30 30 94 86
	CORREO ELECTRÓNICO (TRES POR LO MENOS)
	marco.cuevas@jalisco.gob.mx rogelio.barba@jalisco.gob.mx beatriz.chavez@jalisco.gob.mx

## SOLICITANTE (PERSONA MORAL O PERSONA FÍSICA )

\*ACOMPÑAR DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD

NOMBRE (S)	MARCO ANTONIO
APELLIDO PATERNO	CUEVAS
APELLIDO MATERNO	CONTRERAS
NACIONALIDAD	MEXICANA

## DOMICILIO DEL SOLICITANTE (PERSONA MORAL O PERSONA FÍSICA )

CALLE Y NÚMERO	COLONIA
BATALLA DE ZACATECAS 2395	FRACCIONAMIENTO REVOLUCIÓN
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
45580	TLAQUEPAQUE
TELÉFONO	FAX
30 30 94 46, 30 30 94 17	30 30 94 86
	CORREO ELECTRÓNICO (TRES POR LO MENOS)
	marco.cuevas@jalisco.gob.mx rogelio.barba@jalisco.gob.mx beatriz.chavez@jalisco.gob.mx

PERSONAL DESIGNADO PARA REALIZAR LAS DILIGENCIAS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE ESTA SOLICITUD	
NOMBRE (S)	ROGELIO
APELLIDO PATERNO	BARBA
APELLIDO MATERNO	ÁLVAREZ
TELÉFONOS	30 30 94 46
CORREO ELECTRÓNICO	rogelio.barba@jalisco.gob.mx

NOMBRES PROPUESTOS PARA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	
1.-	CENTRO DE CAPACITACIÓN SUPERIOR EN CIENCIAS FORENSES
2.-	CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS FORENSES
3.-	CENTRO DE FORMACIÓN INTEGRAL EN CIENCIAS FORENSES

NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO (EN CASO DE CONTAR CON OTROS RECONOCIMIENTOS)
CENTRO DE CAPACITACIÓN EN CIENCIAS FORENSES

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS QUE LE ACOMPAÑAN SON CIERTOS, QUE SON DE MI CONOCIMIENTO LAS PENAS EN QUE INCURREN QUIENES SE CONDUCEN CON FALSEDAD ANTE AUTORIDAD DISTINTA DE LA JUDICIAL, QUE ACEPTO QUE EL DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN SEA EL MISMO DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES Y QUE AUTORIZO PARA OIRLAS Y RECIBIRLAS A LA(S) SIGUIENTE(S) PESONA(S):

DR. ROGELIO BARBA ÁLVAREZ  
MTRA. BEATRIZ ADRIANA CHÁVEZ CERVANTES

LIC. MARCO ANTONIO CUEVAS CONTRERAS  
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL