**DESCRIPCION DE LA CARRERA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pregunta** | **Respuesta** | **Observación** |
| Tipo de trámite | Rediseño |  |
| Nombre actual de la Carrera | Licenciatura en enfermería |  |
| Campo amplio (\*) | 09 Salud y Bienestar |  |
| Campo específico (\*) | 091 Salud |  |
| Campo detallado (\*) | 0913 Enfermería y Partería |  |
| Carrera (\*) | Licenciatura en enfermería |  |
| Titulación (\*) | Licenciado/a en Enfermería |  |
| Tipo de formación (\*) | Tercer nivel Licenciatura | Licenciaturas y afines |
| Modalidad de estudio(\*) | Presencial | Art. 39 RRA |
| Modalidad de aprendizaje (\*) | Presencial | Art. 39 RRA |
| Número de períodos ordinarios (\*) | 9 | Art. 17 RRA |
| Número de semanas por período académico (\*) | 16 | Art. 12 RRA |
| Número de horas por período académico ordinario (\*) | 800 | Art. 16 RRA |
| Periodos extraordinarios adicionales (\*) | NO | Art. 13 RRA |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Período extraordinario adicional** | **Horas** |
|  |  |
|  |  |

 | En el caso que en los períodos extraordinarios adicionales responda SI debe llenar el cuadro- |
| Total de horas de la carrera (\*) | 7200 | Art. 16 y 17 RRA |
| Número de paralelos (\*) | 2 | Art. 98 RRA |
| Número máximo de estudiantes por paralelos (\*) | 35 | Art. 98 RRA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tiene itinerarios (\*) | NO |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de itinerarios** |  |
| **Número de materias de itinerarios** |  |

 | En el caso de que la respuesta de itinerarios sea SI debe llenar el cuadro |

**Proyección de la matrícula**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Período I** | **Período II** |
| **2016** | 70 | 134 |
| **2017** | 192 | 244 |
| **2018** | 293 | 339 |
| **2019** | 384 | 428 |
| **2020** | 470 | - |

**Resolución por parte del Órgano Colegiado Académico Superior (OCAS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de resolución de aprobación (\*)** |  | Fecha de aprobación HCU |
| **Número de resolución de aprobación (\*)** |  | Número de aprobación |
| **Anexo de la resolución de aprobación (\*)** |  | Adjuntar documento de aprobación |

**Organización Institucional donde se impartirá la carrera**

MATRIZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo**  | **Nombre** | **Dirección** | **Responsable** |
| Sede Matriz | Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí | Ciudadela Universitaria Vía San Mateo. Manta | Lcda. Estelia Laurentina García Delgado. Mgs |

**3.- CONVENIO (S)**

**De alianza con otra IES, aplica en caso de carreras en conjunto con otra IES y en caso que se requiera**

|  |  |
| --- | --- |
| **Documento** | **IESS que conforman el convenio** |
| Convenio |  |

**De alianza con otra IES extranjeras, aplica en caso de carreras en conjunto con otra IES extranjeras y en caso que se requiera**

|  |
| --- |
| **Convenio 1** |
| IESS que conforman el convenio |  |

**De prácticas pre-profesionales**

|  |
| --- |
| **Convenio 1** |
| Convenio(\*) | [Convenio marco entre](../CONVENIOS/CONVENIO%20IR%202016-%202020.pdf) el Ministerio de Salud Pública (MSP) con ASEDEFE-RENACE y AFEME (No. 0000023) |
| Convenio | [Convenio entre](../Convenio%20Cardiocentro.pdf) la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Cardiocentro Manta/Angio Manabí |
|  | [Convenio Interinstitucional](../Convenio%20Distrito%20%20de%20salud.pdf) entre la ULEAM y la Dirección Distrital de Salud 13D02 |

**Informe UADS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informe de la Unidad Asistencial Docente de Salud - UADS (\*)** | [**Adjuntar documento**](../Certificaciones) **en caso que la carrera sea del área de salud** |
|  |  |
|  |  |

**Datos del responsable del proyecto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombres (\*)** | Estelia Laurentina |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Apellidos (\*)** | García Delgado |  |
| **Correo electrónico (\*)** | esteliagarcia@hotmail.com |  |
| **Correo electrónico de referencia (\*)** | estelia.garcia@uleam.edu.ec |  |
| **Teléfono convencional (\*)** | 2 628825 |  |
| **Teléfono celular (\*)** | 0983388441 |  |