

Fecha de Presentación a la Facultad

16	02	2016
Día	Mes	Año

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del evento

ACTUALIZAICON DE TERAPIA OCUPACIONAL

Docente Solicitante

JORGE ANAYA – ADRIANA TORRES-SANDRA RUBIANO

Departamento o instancia al que se adscribe la actividad

TERAPIA OCUPACIONAL

Facultad o Dependencia:

SALUD

Duración estimada del evento

Fecha propuesta inicio de inscripción

LUNES 17 DE ABRIL

Fecha propuesta Cierre de inscripción

MIERCOLES 19 DE ABRIL

Fecha propuesta inicio del evento:

JUEVES 20 DE ABRIL

Fecha propuesta terminación del evento:

VIERNES 21 DE ABRIL

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Tipo y duración de la actividad

Tipo de actividad	Marque X	Intensidad
Diplomado		
Curso		
Seminario		
Taller		
Congreso		
Simposio		
Jornada	X	16 HORAS
Foro		
Encuentro		
Otro:		

Objetivos

- CAPACITAR AL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN FORMACION SOBRE TEMAS DE ACTUALIDAD PARA SU VIDA LABORAL

- BRINDAR ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN A LOS FUTUROS PROFESIONALES

Población a la cual va dirigido:

TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN FORMACION Y DOCENTES –TERAPIA OCUPACIONALUP

Contenidos: unidades, módulos, temas y subtemas.

Nombre del Módulo	Descripción del módulo	No. De Horas
ROL DEL CUIDADOR EN SALUD MENTAL	Se realiza proceso de capacitación en conceptos sobre cuidador y salud mental	2
ABD Y SU RELACION EN LOS PROCESOS MENTALES SUPERIORES	Abd y su relación con los procesos mentales superiores en pacientes con discapacidad	2
ATENCION EN SALUD	Visión de la atención en salud nuevos horizontes	2
PSIQUIATRIA INFANTIL	Psiquiatría infantil y intervención desde la salud mental	2
DESARROLLO INFANTIL	Etapas del desarrollo infantil desde la visión de un pediatra	2
HIDROTERIA EN PROCESOS DE REHABILITACION	Empleo de nuevas técnicas para los procesos de rehabilitación.	2
NEURODESARROLLO Y SU APLICACIÓN	Empleo del neurodesarrollo en el proceso e rehabilitación	2
SALUD PÚBLICA NUEVOS HORIZONTES.		2

Cupo mínimo:

150

Cupo máximo:

250

Lugar de realización:

PAMPLONA

Nombre del auditorio o salón:

Con el fin de evitar problemas de espacios físicos para la realización de sus actividades, le recomendamos separar auditorios o salones con la debida anticipación.

Enuncie los programas académicos a los que aporta este evento

ESTUDIANTES Y DOCENTES PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La realización del evento implica la visita de invitados internacionales

SI

NO

Si su respuesta es afirmativa, recuerde remitir, mediante comunicación escrita el formato xxxx, mínimo con 15 días de anticipación a la llegada del invitado al país.

Documentación a presentar:

- ☐ Disposiciones en materia migratoria de la República de Colombia.
- ☐ Póliza de Asistencia al Viajero "Travel Assistance"

3. RECURSO HUMANO		
PROFESION	ESCOLARIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN
TERAPEUTAS OCUPACIONAL	MAGISTER	EXTERNO
TERAPEUTA OCUPACIONAL	MAGISTER	EXTERNO

MEDICO PSIQUIATRA	ESPECIALISTA	EXTERNO
MEDICO PEDIATRA	ESPECIALISTA	EXTERNO
ENFERMERA	MAGISTER	INTERNO
FISIOTERAPEUTA	MAGISTER	INTERNO
ENFERMERA	MAGISTER	INTERNO
FISIOTERAPEUTA	ESPECIALISTA	INTERNO

PRESUPUESTO
(Proyectar según protocolo de viabilidad económica)

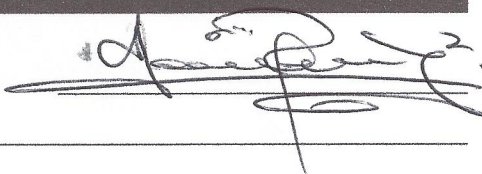
Número Estimado		Valor Matricula Diplomado	Valor Inscripción Fecha 1 (día/mes/año) (Eventos diferentes a diplomados)	Valor Inscripción Fecha 2 (día/mes/año) (Eventos diferentes a diplomados)	Valor Inscripción Fecha 3 (día/mes/año) (Eventos diferentes a diplomados)
Estudiantes	250	50.000	31-Marzo 50000	18-Abril 60000	9-Mayo 70000
Egresados					
Profesionales					
Ponentes					

INGRESOS		EGRESOS	UTILIDAD
\$12.500.000,0		\$7.316.214,5	\$5.183.785,5

VºBº Jefe inmediato
(si el proyecto se presenta a través de una dependencia administrativa, diferente a una departamento)

Nombre: _____ Firma: _____
Dependencia administrativa _____
El suscrito Director de la Oficina de _____
HACE CONSTAR que ha avalado el presente evento en reunión del día _____ del mes _____
del año _____, mediante acta No. _____
y delegando como Coordinador a _____

VºBº Presidente del Consejo de Facultad

Nombre: Raúl Rodríguez M. Firma: 
El suscrito Decano de la Facultad de Salud _____

	Ficha Técnica de Educación Continúa	Código	FIS.EC-01 v.00
		Página	4 de 4

HACE CONSTAR que el CONSEJO DE FACULTAD ha avalado el presente evento en reunión del día 21
del mes febrero del año 2017, mediante acta No. 004
y delegando como Coordinador a _____

VºBº Director de Interacción Social

Nombre: _____ Firma: _____

El suscrito Director de Interacción Social HACE CONSTAR que ha avalado el presente evento en reunión del día
_____ del mes _____ del año _____, mediante acta No. _____
y delegando como Coordinador a _____