**FORMULARIO DE ACCIÓN FORMATIVA**

**PARA SU ACREDITACIÓN**

**Título de la actividad:**

**Tipo de actividad:**

**ACTIVIDAD PRESENCIAL**

**ACTIVIDAD SEMIPRESENCIAL**

**ACTIVIDAD ONLINE**

**ENTIDAD PROVEEDORA**

Entidad solicitante: **Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia**

C.I.F. **Q3066002A**

Dirección: **Avd. Juan Carlos I, 3 Entlo**

Localidad: **Murcia** Provincia: **Murcia**

Código Postal: **30008**

Teléfono: **968 27 00 07** Fax: **968 24 62 84**

**ACTIVIDAD**

**Edición de años anteriores** La acreditación de una actividad tiene una duración de un año desde que fue acreditada por última vez, cuando en años posteriores se quiera acreditar la misma acción formativa se tendrá que solicitar de nuevo, indicando en ese caso el nº de expediente de la última actividad acreditada.

¿Es una edición anterior al día- mes-año? (Fecha actual)

|  |
| --- |
|  |

SI Nº expediente

NO

**Nombre-Título de la actividad** Ha de ser idéntica esta denominación a la que va a figurar en su publicidad y en los diplomas o certificados acreditativos que se entregarán a los asistentes a la misma. No se podrá cambiar el nombre de la acción formativa una vez enviada para su evaluación.

**Responsable de la actividad**

**Puesto de trabajo del responsable:**

**PERSONA DE CONTACTO**

**Nombre y Apellidos**

***Raquel Jiménez Montero***

***Departamento Formación Continuada COMMURCIA***

**Dirección:**

***Avd. Juan Carlos I, 3 Entresuelo***

**Localidad:**

***Murcia***

**C.P.:**

***30.008***

**Teléfono:**

***968 27 00 07***

**Fax:**

***968 24 62 84***

**Email:**

***fcontinuada@commurcia.es***

**LUGAR DE CELEBRACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

**Centro o institución. Aula/Salón. / Actividades online: plataforma desde donde se impartirá**

**CLASIFICACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:**

**Acreditables:**

|  |  |
| --- | --- |
| Práctica clínica |  |
| Salud Pública |  |
| Investigación |  |
| Gestión/ Calidad |  |
| Docencia |  |

**Tipo de actividad**

|  |  |
| --- | --- |
| Conferencia |  |
| Congreso |  |
| Coloquio |  |
| Curso |  |
| Grupo de trabajo |  |
| Jornada |  |
| Mesa redonda |  |
| Seminario |  |
| Sesión Clínica  |  |
| Simposio |  |
| Talleres/similares (al menos el 50% de las horas deben ser prácticas) |  |
| Sesión por videoconferencia |  |
| Curso por videoconferencia |  |
| Jornada por videoconferencia |  |
| Otro |  |

**Horas de la actividad** Deberán indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos. En caso de actividades múltiples, si se realizan sesiones simultáneas contabilizar las horas en función de la participación real del alumno en la acción formativa.

Horas presenciales:

Horas No presenciales:

**Número máximo de participantes**

**Método empleado para el control de la asistencia.** Los alumnos seleccionados han de asistir como mínimo a un **90%** de las horas lectivas.Para las actividades online o semipresenciales especificar los sistemas de seguridad/ acceso y control de participación

|  |
| --- |
|  |

**Fecha inicio (Indique día, mes y año):**

**Fecha finalización (Indique día, mes y año):**

**Profesionales a los que se dirige:**

Indique los profesionales sanitarios a los que se dirige, y en su caso especialidad:

*Ejemplo: Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*

***Licenciados/ Graduados en Medicina***

**CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD**

Los objetivos de formación han de explicar lo que se pretende conseguir con la actividad: Por un lado, el objetivo global ("Objetivo general de la actividad"), y por otra los objetivos concretos que se pretenden conseguir en el proceso de aprendizaje de los participantes ("Objetivos específicos de la actividad"). **Deben redactarse en modo infinitivo.**

**OBJETIVOS:**

**Objetivo General:**

**Objetivos Específicos:**

**ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA: Calendario y Programa**

Cumplimentar solo el apartado correspondiente al tipo de actividad: presenciales, semipresenciales o mixtas.

**Actividades presenciales físicas o por videoconferencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÍA Y MES** | **HORARIO**Ejemplo: 9:00-12:00 horas | **CONTENIDO***Debe indicar si la sesión es teórica o práctica*  | **PROFESORADO****/PONENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Incluya las líneas que necesite)*

Resumen de horas presenciales:

|  |  |
| --- | --- |
| Total horas de teoría |  |
| Total horas de prácticas |  |
| Total horas (teoría + prácticas) |  |

**Actividades online y semipresenciales:** si la actividad es online 100% cumplimentar solo la parte a distancia para las actividades semipresenciales cumplimentar ambas.

* **Parte presencial**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÍA Y MES** | **HORARIO**Ejemplo: 9:00-12:00 horas | **CONTENIDO***Debe indicar si la sesión es teórica o práctica*  | **PROFESORADO****/PONENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Resumen de horas presenciales:

|  |  |
| --- | --- |
| Total horas de teoría |  |
| Total horas de prácticas |  |
| Total horas (teoría + prácticas) |  |

* **Parte a distancia**

Especifique cada una de las unidades temáticas indicando *el nombre de la misma*, *los objetivos*, el *contenido*, el *tiempo estimado dedicación* y el *material docente y de apoyo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD TEMÁTICA** | **OBJETIVOS** | **CONTENIDO** | **TIEMPO ESTIMADO DEDICACIÓN** | **MATERIAL DOCENTE Y DE APOYO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tiempo máximo previsto

para completar la actividad

(días, semanas, meses)

**CUADRO DE PROFESORADO / PONENTES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIF** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **TITULACIÓN/ES** | **CENTRO DE TRABAJO Y CARGO** | **ESPECIALIZACIÓN** | **HORAS IMPAR-TIDAS\*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Horas totales impartidas durante la actividad

**COORDINADOR**

Nombre del coordinador y cualificación profesional (formación académica y experiencia laboral en el ámbito de la acción formativa que se acredita).

**Nombre del coordinador**

DNI del coordinador

Email del coordinador

Cualificación del coordinador

**Nombre del colaborador o colaboradores:**

DNI del colaborador

**Criterios para la selección de alumnos:** es imprescindible estar colegiado en COMMurcia, solo se admitirían médicos colegiados fuera de la provincia si hubiera vacantes, abonando el doble del importe de la inscripción y no procedería devolución de fianza.

***Por orden de inscripción***

**Tipo de inscripción:**

***Solicitud al Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia***

**RECURSOS MATERIALES**

Especificar cualquier recurso material necesario para impartir la actividad, en caso de que requiera desembolso económico por parte del Colegio imprescindible adjuntar presupuesto de compra/ alquiler….etc. Para actividades que requieran del uso de aplicaciones, plataformas online…etc indicar cuál.

|  |
| --- |
|  |

**Descripción del material docente:** manuales, fotocopias, etc adjuntar muestra significativa, en caso de actividades con plataforma online es imprescindible facilitar claves de acceso para que el evaluador pueda consultar los contenidos.

**Comité Organizador y Científico**

En caso de “reuniones científicas” o “actividades múltiples”, **adjuntar archivos con los miembros de comité científico y organizador** (hacer una breve descripción de la cualificación profesional de los miembros de ambos comités que incluya formación académica y experiencia laboral en el ámbito de la acción formativa que se acredita).

**PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD**

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad. Enumerar a continuación las necesidades formativas a las que responde el contenido de la actividad (Institucionales, Profesionales, Sociales. Debe indicarse cómo se han detectado esas necesidades: estudios de opinión de los profesionales, etc...)

**Descripción de las necesidades:**

Describa las necesidades, ya sean de tipo social, institucional o profesional a las que se trata de responder con el desarrollo de la actividad.

**Detección de las necesidades:**

Como han sido detectadas dichas necesidades (métodos, fuentes de información utilizadas, etc...) y cualquier información de interés que desee añadir.

***Mediante encuesta realizada a todos los colegiados contando con una amplia participación. (Puede añadir otros métodos o fuentes utilizadas)***

**Pertinencia de la actividad en determinados colectivos:**

En caso de dirigir la actividad docente a dos o más colectivos profesionales diferentes, explique la razón por lo que es pertinente hacerlo así.

***Actividades dirigidas exclusivamente al colectivo médico.***

***La participación de los médicos que estén cursando la Formación Médica Especializada (MIR) está limitada a menos del 50 % del total de participantes como requisito imprescindible para la acreditación de la actividad como Formación Continuada.***

**METODOLOGÍA DOCENTE**

Describa la(s) metodología(s) que se utilizarán y su relación con los objetivos de la actividad. Especificar la(s) interacción(es) entre los participantes y/o entre éstos y el profesorado.

**Metodología docente:**

**Acción tutorial:** especificar para las actividades online o semipresenciales (a tener en cuenta, el tiempo de respuesta del tutor no debe ser superior a 72 h)

**Nº Alumnos por tutor**

**Interacciones entre alumnos | alumnos/profesores:**

**EVALUACIÓN**

Explicar el/los tipo/s y prueba/s de evaluación/es de la actividad que están programadas, de los alumnos, profesores, actividad, proceso, impacto.

**Tipos y pruebas de evaluación:**

**Prueba de evaluación de contenidos (examen):** mínimo el 70 % de aciertos.

(Puede especificar cualquier tipo de prueba a realizar, tanto teórica como práctica)

\*Es imprescindible **adjuntar** los documentos que reflejen la evaluación que se realizará sobre la acción formativa.

**Encuestas de satisfacción a profesores y alumnos:** el Colegio dispone de un modelo oficial que entregará al coordinador al inicio de la actividad

**Requerimiento mínimo exigido para superar la acción formativa:**

**Asistencia:**

Actividades presenciales físicas:mínimo al 90 % de las sesiones que se controlará mediante firma al inicio y al final de cada sesión.

Actividades presenciales por videoconferencia: el sistema debe contar con un registro de los participantes o informe de actividad que sirva para constatar la asistencia.

Actividades online o semipresenciales en plataforma: la plataforma debe contar con un registro de participación de los alumnos e informe de actividad.

*Importante: consultar la GUÍA DE ACREDITACIÓN DE ACCIONES FORMATIVAS A TRAVÉS DE PLATAFORMAS ONLINE/WEBINAR-VIDEOCONFERENCIA INTERACTIVA que encontrará en el siguiente enlace a nuestra web* [*https://www.commurcia.es/data/archivos/AnexoGuia\_Solicitud\_de\_Acreditacion\_FContinuada\_(1).pdf*](https://www.commurcia.es/data/archivos/AnexoGuia_Solicitud_de_Acreditacion_FContinuada_%281%29.pdf)

**FINANCIACIÓN:**

**Financiado por entidad privada**

En el caso de que la actividad formativa sea financiada total o parcialmente por una entidad privada, cumplimente los siguientes datos:

**Presupuesto Global**

|  |
| --- |
| *A cumplimentar por el Colegio* |

**Importe de la matricula**

|  |
| --- |
| *Gratuita* |

**Financiado**

|  |
| --- |
| *No* |

**Patrocinador público** (Institución(es), CIF y cuantía)

|  |
| --- |
| *No* |

**Patrocinador privado** (Institución(es), CIF y cuantía)

|  |
| --- |
| *No* |

**INFORMACIÓN ADICIONAL:** Aquí puede incluir toda la información que considere relevante. Si ha adjuntado algún archivo además del correspondiente a la evaluación de curso, deberá explicar por qué considera oportuno que sea valorado por el evaluador.

***“Se ha reservado un 30% de las plazas a profesionales sanitarios trabajadores en activo de la Administración Sanitaria (SMS, Comunidad Autónoma etc.).!”***