

Nombre	INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN NEUROCIENCIAS, PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL (D.F.)
---------------	--

Dirección	AV. MEXICO NO. 194
------------------	--------------------

Entidad	DISTRITO FEDERAL
----------------	------------------

Municipio o Ciudad	CUAUHTEMOC
---------------------------	------------

Localidad o Colonia	COL. HIPODROMO CONDESA
----------------------------	------------------------

Persona Moral	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROCIENCIAS Y PSICOANÁLISIS, SOCIEDAD CIVIL
----------------------	---

Programa	EN CLINICA Y PSICOTERAPIA PSICOANALITICA (PLAN TRIMESTRAL)
Area	CIENCIAS DE LA SALUD
Nivel	MAESTRIA
Modalidad	ESCOLARIZADA
Estatus	RVOE
No. Acuerdo	20081169
Fecha Ini.	2007-04-23
Fecha Acuerdo	2008-06-30
Tipo Reconocimiento	FEDERAL

Programa	EN NEUROCIENCIA COGNITIVA Y DE LA CONDUCTA HUMANA (PLAN TRIMESTRAL)
Area	CIENCIAS DE LA SALUD
Nivel	MAESTRIA
Modalidad	ESCOLARIZADA
Estatus	RVOE
No. Acuerdo	20081170
Fecha Ini.	2007-04-23
Fecha Acuerdo	2008-06-30
Tipo Reconocimiento	FEDERAL

Programa	EN NEUROCIENCIAS Y PSICOANÁLISIS (PLAN TRIMESTRAL)
Area	CIENCIAS DE LA SALUD
Nivel	DOCTORADO
Modalidad	ESCOLARIZADA
Estatus	RVOE
No. Acuerdo	20120657
Fecha Ini.	2011-08-16
Fecha Acuerdo	2012-06-18
Tipo Reconocimiento	FEDERAL

Programa	EN PSICOLOGIA PSICOANALITICA (PLAN CUATRIMESTRAL)
Area	CIENCIAS DE LA SALUD
Nivel	LICENCIATURA
Modalidad	ESCOLARIZADA
Estatus	RVOE
No. Acuerdo	20120658
Fecha Ini.	2011-08-16
Fecha Acuerdo	2012-06-18
Tipo Reconocimiento	FEDERAL