PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN DOCENTE

M00-SC-EC-029-A03

PERÍODO agosto-diciembre 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Servicio (2)** | **Objetivo (3)** | **Período de Realización (4)** | **Lugar o Sede (5)** | **No. de horas x** **Curso (6)** | **Instructor (7)** | **Dirigido a (8)** | **Prerrequisitos (9)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Elaboró (jefe(a) de Desarrollo Académico)** | **Aprobó (Subdirección Académica)** |
| (10) | (11) |
| **Nombre y firma** | **Nombre y firma** |
| **Fecha: (12)** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Instructivo de llenado | |
|  | Colocar el periodo de capacitación que corresponde a la planeación de los servicios. |
|  | Nombre del curso, taller, diplomado, etc. |
|  | Mencionar el objetivo general del servicio. |
|  | Fechas tentativas para la realización. |
|  | Establecer el lugar donde se realizará la capacitación. |
|  | Cantidad de horas que comprende el servicio. |
|  | Indicar el nombre del intructor. |
|  | Señalar el pefil profesional o docente al que esta dirigido el programa. |
|  | Determinar los conocimientos o habilidades previas, que restrinjan la participación de los aspirantes. |
|  | Colocar Nombre y firma del Jefe de Desarrollo Académico. |
|  | Colocar Nombre y firma del Subdirector Académico |
|  | Fecha de elavoración. |