Lugar/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señora

**Dra. CRISTINA CABALLERO GARCÍA**, Directora General

Instituto Nacional de Salud

MSPBS

mesadeentrada@ins.gov.py

Presente:

 Me dirijo a usted en relación a la Capacitación titulada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, llevada a cabo en fechas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para entregar el siguiente informe final:

Número de inscriptos en la capacitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de participantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de aprobados (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Impacto de la capacitación (*describir brevemente el impacto que tuvo la capacitación en el Sistema de Salud o en los participantes*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Sin otro particular, me despido atentamente,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA Y SELLO/ACLARACIÓN DEL

 COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

*OBSERVACIÓN: ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER ENTREGADO/ENVIADO A LA MESA DE ENTRADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD POR EL COORDINADOR/ENCARGADO DE LA CAPACITACIÓN DENTRO DE 3 DÍAS HÁBILES DE LA CONCLUSIÓN DE CADA CAPACITACIÓN.*