

|  |  |
| --- | --- |
| Plan de capacitación  ***(Título de la Capacitación)***  ***(Fecha)*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. IDENTIFICACIÓN** | |
| ☐ | **Institución responsable:** Instituto Nacional de Salud | |
| ☐ | **Director/a General:** Dr./Dra. ………………….. | |
| ☐ | **Dirección de la Institución Responsable:** Avda. Santísima Trinidad y Pasaje Francia, Barrio Mburucuyá, Asunción | |
| ☐ | **Dirigida a:** | |
| ☐ | **Responsable/Coordinador de la Capacitación:** | |
| ☐ | **Carga horaria:** | |
| ☐ | **Plantel docente:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. FUNDAMENTACIÓN** |  |  |

*(Fundamentar la necesidad de la capacitación)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. OBJETIVO** | |  |  |
| **☐** | **General** | | |
| **☐** | **Específicos** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. CRONOGRAMA DE CONTENIDO TEMÁTICO** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contenidos/ Ejes temáticos** | **Mes/ día** | **Horas sincrónicas** | **Horas de trabajo autónomo/asincrónicas** | **Total de horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. EVALUACIÓN** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evidencia(s) de desempeño** | **Criterios de desempeño** | **Porcentaje** |
| Evaluación de proceso |  |  |
| Evaluación de producto (final) |  |  |
|  |  | **Total: 100%** |

|  |
| --- |
| **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. MODALIDAD** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8. METODOLOGÍA** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.CERTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES** | **c** |  |