**FORMATO N.01 (Presentación del curso de capacitación continua)**

|  |
| --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL CURSO**
 |
| **Tema del Curso:** |
| **Categoría del Curso:**  **( )Tecnología Informática ( )Asesoría Alimentaria ( ) Salud Animal** **( )Asesoría Agrícola ( )Programas Ambientales ( )Otros** |
| **ENTIDAD BENEFICIARIA** |
| **Nombre de la Institución:** | **Nombre del Representante Legal:** |
| **Dirección:** | **Teléfono (s):** |
| **LOCALIZACIÓN** |
| **Región** | **Provincia** | **Cantón** | **Parroquia** | **Recinto** |
| **PRESUPUESTO** |
| **Docente responsable del curso** | **Presupuesto de UAE** | **Presupuesto de Inst. Beneficiaria** | **Presupuestos de Imprevistos** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TIEMPO DE EJECUCIÓN** |
| **Curso y/o módulo a realizar el docente responsable** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Finalización** | **Duración (Horas)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RESPONSABLE(S) DEL CURSO** |
| **Nombres y Apellidos** | **Facultad** | **Carrera** | **Cargo** | **Email** | **Teléfono (s)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL**
 |
| **Antecedentes** |
|  |
| **Diagnóstico del Problema** |
|  |
| **Justificación** |
|  |
| **BENEFICIARIOS** |
| **Hombres** | **Mujeres** | **Personas con Capacidades Especiales** | **Total** | **Edad Promedio** |

|  |
| --- |
| 1. **OBJETIVOS DEL PROYECTO**
 |
|  | **Indicador** | **Medio de Verificación** |
| **OBJETIVO GENERAL (Propósito)** |  |  |
| **OBJETIVOS ESPECIFÍCOS****1…………………………..****2…………………………..** **n…………………** |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DETALLE DEL PRESUPUESTO**
 |
| **DOCENTE:** |
| **CONCEPTO** | **APORTE DE UAE** | **APORTE DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA** | **IMPREVISTOS** | **TOTAL** |
| Transporte |  |  |  |  |
| Materiales y Suministros |  |  |  |  |
| Refrigerio participantes |  |  |  |  |
| Folletería |  |  |  |  |
| Gastos de diagnóstico |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |
| **DOCENTE:** |
| **CONCEPTO** | **APORTE DE UAE** | **APORTE DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA** | **IMPREVISTOS** | **TOTAL** |
| Transporte |  |  |  |  |
| Materiales y Suministros |  |  |  |  |
| Refrigerio participantes |  |  |  |  |
| Folletería |  |  |  |  |
| Gastos de diagnóstico |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |
| **DOCENTE:**  |
| **CONCEPTO** | **APORTE DE UAE** | **APORTE DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA** | **IMPREVISTOS** | **TOTAL** |
| Transporte |  |  |  |  |
| Materiales y Suministros |  |  |  |  |
| Refrigerio participantes |  |  |  |  |
| Folletería |  |  |  |  |
| Gastos de diagnóstico |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **CONTENIDO**
 |
| **DOCENTE:**  |
| **FECHAS** | **TEMAS Y/O MODULO** | **RECURSOS** |
|  |  |  |
| **DOCENTE:**  |
| **FECHAS** | **TEMAS Y/O MODULO** | **RECURSOS** |
|  |  |  |
| **DOCENTE:**  |
| **FECHAS** | **TEMAS Y/O MODULO** | **RECURSOS** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **NOTA: Certificado de aprobación siempre y cuando tenga el 75% de asistencia.** |

|  |
| --- |
| 1. **FIRMAS RESPONSABLES**
 |

**------------------------------------------------ ---------------------------------------**

**F. Docente F. Docente**

**------------------------------------------------**

**F. Docente**

**NOTA: Este formato debe ser llenado por el docente y entregado en Subdecanato.**