**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN DOCENTE**

**M00-SC-029-A03**

 **INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CANCÚN**

**PERIODO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Servicio**  | **Objetivo** | **Periodo de Realización** | **Lugar o Sede** | **No. de horas x Curso** | **Instructor (a)** | **Dirigido a:** | **Prerrequisitos** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Elaboró Jefe del Depto. de Desarrollo Académico** (10) | **Aprobó Subdirector Académico** (11) |
|  |  |
| **Nombre y firma** | **Nombre y firma** |
| **Fecha:**  | **Fecha:**  |

|  |
| --- |
| 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 instructor. |
|  | Señalar el perfil 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 elaboración.  |
|  | Fecha de aprobación. |