TITULO DEL DIPLOMADO

Docente

xxx DE 201\_

Luffi

**PROPUESTA DIPLOMADO**

**“NOMBRE DEL DIPLOMADO”**

1. **DATOS GENERALES DEL DIPLOMADO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPENDENCIA** |  |
| **NOMBRE DEL DIPLOMADO** |  |
| **MODALIDAD** |  |
| **DURACIÓN** |  |
| **CUPO MÍNIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **CUPO MÁXIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **FECHA DE INICIO** |  |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN** |  |
| **COORDINADOR DE LA ACTIVIDAD** |  |

1. **JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA:**
2. **OBJETIVOS:**

**GENERAL:**

**ESPECÍFICOS:**

1. **MERCADO OBJETIVO:**
2. **REQUISITOS PARA LA PERMANENCIA Y APROBACIÓN DEL DIPLOMADO**
3. **PLAN DE ESTUDIOS:**

**MÓDULO UNO:**

**MÓDULO DOS:**

**MÓDULO TRES:**

**MÓDULO CUATRO:**

**MÓDULO CINCO:**

**MÓDULO SEIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diplomado:** Formulación de proyectos bajo el enfoque de marco lógico. | | | | | |
| **No. del** **Módulo** | **Nombre** | **Duración Horas** | | | **Créditos** |
| **C** | **P** | **T** |
| **I** |  | 6 | 12 | 18 |  |
| **II** |  | 6 | 12 | 18 |  |
| **III** |  | 6 | 12 | 18 |  |
| **IV** |  | 6 | 12 | 18 |  |
| **V** |  | 6 | 12 | 18 |  |
| **VI** |  | 20 | 40 | 60 |  |
| **Total** | | **55** | **100** | **155** |  |

C: Horas presenciales.

P: Horas de dedicación extra clase.

T: Total de horas requeridas.

1. **RECURSOS REQUERIDOS:**

Para el desarrollo del diplomado descrito anteriormente, se requiere:

1. **Recurso humano:**

* Docente titular del mismo.

1. **Recursos materiales:**

* Agendas, lapiceros y material de apoyo por estudiante.
* Aula de clase.
* Video bean.

1. **Recursos financieros:** Capital requerido para cubrir los costos de los recursos antes mencionados.
2. **PROGRAMACIÓN DEL DIPLOMADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Módulo** | **Tema** | **Horas tema** | **Nombre del facilitador** | **Fecha inicio** | **Fecha término** | **Día y horario** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Módulo** | **Tema** | **Horas tema** | **Nombre del facilitador** | **Fecha inicio** | **Fecha término** | **Día y horario** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS DEL MÓDULO** | |  |  |  |  |  |

1. **PRECIO DE VENTA DEL DIPLOMADO:** N/A. Diplomado interno.

San Juan de Pasto, de xxxx de 201

SEÑOR

TITO JAIME COLUNGE

RECTOR

Corporación universitaria Autónoma de Nariño

**REF: Aval Diplomado**

Reciba un cordial saludo,

Solicito respetuosamente se otorgue el aval institucional para el desarrollo del Diplomado “xxxxxx” para que se lleve a cabo y se emitan posteriormente los certificados de participación con este respaldo.

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPENDENCIA** |  |
| **NOMBRE DEL DIPLOMADO** |  |
| **MODALIDAD** |  |
| **DURACIÓN** |  |
| **CUPO MÍNIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **CUPO MÁXIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **FECHA DE INICIO** |  |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN** |  |
| **COORDINADOR DE LA ACTIVIDAD** |  |

Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Directora CIDAE

**EL SUSCRITO COORDINADOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES, DESARROLLO Y ASESORÍA EMPRESARIAL CIDAE**

**Hace constar que:**

**El diplomado “XXXXX” coordinado por el (los) docente(s) XXXXXX identificado(s) con cédula de ciudadanía No XXXXXX de Pasto, cuenta con el aval institucional y el respaldo de este Centro para su desarrollo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPENDENCIA** |  |
| **NOMBRE DEL DIPLOMADO** |  |
| **MODALIDAD** |  |
| **DURACIÓN** |  |
| **CUPO MÍNIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **CUPO MÁXIMO DE PARTICIPANTES** |  |
| **FECHA DE INICIO** |  |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN** |  |
| **COORDINADOR DE LA ACTIVIDAD** |  |

**Se firma en San Juan de Pasto a los xx días del mes de xxx del 2015.**

**DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACION**