|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Consecutivo No.** |  | |
| **Fecha** |  | |
| **Modalidad** |  | |
| **Área y/o cargos** |  | |
| **Moderadores** |  | |
| **Objetivo** |  | |
| **Temática** | **Responsable** | **Tiempo de intervención** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESARROLLO DE LA REUNIÓN** |
|  |
| 1. **Descripción de actividades** |
|  |
| 1. **Medición de cobertura** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **COBERTURA DEL TEMA** | | | | | Fecha: *dd/mm/aaa* | | | | | **Sedes regional Nariño** | **# personas por Sede** | **# Asistentes** | **% Asistencia** | | HSJT– Nefroproteccion |  |  |  | | Fátima |  |  |  | | Ipiales |  |  |  | | Aurora |  |  |  | | Buesaco |  |  |  | | Obrero |  |  |  | | La Cruz |  |  |  | | Tumaco |  |  |  | | **TOTAL** |  |  |  | |
| 1. **Medición de apropiación del tema** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **APROPIACIÓN DEL TEMA** | | | | | | | Fecha: *dd/mm/aaa* | | | | | | | **Sedes regional Nariño** | **0-2** | **3** | **4** | **5** | **Total** | | HSJT– Nefroprotección |  |  |  |  |  | | Ipiales |  |  |  |  |  | | Fátima |  |  |  |  |  | | Buesaco |  |  |  |  |  | | Obrero |  |  |  |  |  | | La Cruz |  |  |  |  |  | | Tumaco |  |  |  |  |  | | Total |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **CALIFICACIONES** | **Fecha** | | Óptimo | *dd/mm/aaa* | | Aceptable | *dd/mm/aaa* | | Deficiente | *dd/mm/aaa* | | **TOTAL** |  | |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASISTENTES** | | | |
| **No.** | **Nombre** | **Área** | **Cargo** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de próxima capacitación** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPROMISOS** | | | |
| **No.** | **Actividad** | **Responsable** | **Fecha de ejecución** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Elaborada por:*** | **Aprobada por:** |
| (Firma)  Nombre y cargo  **Expositor** | (Firma)  Nombre y cargo  ***Gestor, Coordinador, Referente de Programa y/o Sede*** |

**Anexos (*Se debe anexar de manera ordenada aquellos registros que se considere conveniente y que sirvan como evidencia de cumplimiento de la capacitación, por ejemplo: Anexo 1. Listado de Asistentes*)**