

Santa Fe, 16 de abril de 2014

VISTO el Expte. CD N° 042/14, caratulado: **Actividades de Capacitación y Formación Continua**, iniciado por la Secretaría de Extensión Universitaria de esta Facultad Regional, y

CONSIDERANDO:

Que desde el Departamento Ingeniería Eléctrica se ha elevado la propuesta de realización del Curso: **Introducción a los Sistemas Eléctricos y Automatismos**.

Que se cuenta con el aval del Consejo Departamental respectivo.

Que las Comisiones de Enseñanza y Posgrado, de Interpretación, Normas y Reglamentos y de Administración y Presupuesto, han analizado la propuesta, prestando su acuerdo.

Por ello,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD REGIONAL SANTA FE

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Autorizar la realización del Curso: **Introducción a los Sistemas Eléctricos y Automatismos**, propuesto por el Departamento Ingeniería Eléctrica de esta Facultad Regional, cuyas características se indican en el **ANEXO** que se adjunta a la presente.

ARTÍCULO 2º.- Regístrese. Comuníquese. Archívese.

RESOLUCION N° 090

| |
|-------|
| FRSF |
| DACDI |
| RHR |
| EJD |


Ing. EDUARDO DONNET
DACANO


Ing. PAUL REGALINI
Secretario de Planeamiento y Gestión

Denominación de la Actividad:

Introducción a los Sistemas Eléctricos y Automatismos

Indicar el nombre de la actividad de capacitación. (Max. 100 caracteres)

Tipo de Actividad:

Conferencia Jornada Charla Seminario Curso
 Taller Otro:

Objetivos:

- Desarrollar conocimientos básicos de electricidad.
- Aplicar leyes de fundamento de la electrotecnia en circuitos de corriente continua y alterna.
- Interpretar esquemas eléctricos simples.
- Conocer el uso y funcionamiento de distintos equipos de medición.
- Poder interpretar fallas eléctricas y actuar en consecuencia.
- Evitar accidentes eléctricos

Indicar los objetivos generales de la actividad a desarrollar.
(Max. 300 caracteres)**Justificación:**

Este curso será adecuado a las necesidades de capacitación solicitadas por el comitente.

(Max. 500 caracteres)

Interés detectado en la zona de influencia:

Curso solicitado por la empresa Jerárquicos Salud

Indicar, el interés detectado entre los profesionales de la zona, en el ámbito educativo o demandado por una organización o empresa, en cuyo caso, indicar el origen de la demanda (Max. 500 caracteres)

Destinatarios:

Personal profesional del área Sistemas y personal de mantenimiento de la empresa Jerárquicos Salud.

Indicar el perfil de los destinatarios a capacitar. (Max. 200 caracteres)

Requisitos previos:

Los interesados deberán poseer conocimientos básicos de matemática, física elemental y herramientas de informática (Word, Excel y navegadores web.).

Indicar si el curso requiere requisitos previos, ya sean formales o no formales por parte de los asistentes. (Max. 200 caracteres)

Unidad Ejecutora y Responsable de la Actividad:

Departamento de Ingeniería Eléctrica / Área de Capacitación Extracurricular y Formación Continua - Secretaría de Extensión Universitaria

Responsables: Ing. Juan Fernández / Ing. Martín Dominguez

Indicar grupo, dirección, departamento, unidad, etc. y responsable institucional de la organización y ejecución de la actividad y nombre y apellido del responsable. (Max. 100 caracteres)

Modalidad:

Presencial Semipresencial A distancia Otro:

Metodología a Utilizar:

Se prevé realizar clases teóricas con desarrollo práctico de cada tema.

(Max. 150 caracteres)

Docentes / Disertantes:

| | |
|---------------------------------------------|-----------|
| 1. Téc. Gervasio S. Fischer - DNI: 32256879 | 5. - DNI: |
| 2. - DNI: | 6. - DNI: |
| 3. - DNI: | 7. - DNI: |
| 4. - DNI: | 8. - DNI: |

Indicar nombres, apellidos, cargo, DNI y dedicación en UTN FRSF (esta última si correspondiera) de los integrantes del plantel docente que dictarán la capacitación. Anexar CV de cada uno de los mencionados

Duración total (en horas) y Fecha de inicio y Finalización:

64hs, divididas en 16 jornadas de 4hs.

Fecha prevista de inicio: mayo/2014

Fecha prevista de fin: agosto/2014

Las fechas de inicio y finalización pueden estar sujetas a modificaciones

Certificación a otorgar:

No Aplica Asistencia Aprobación Cant. Horas
 Otro

Firmantes de los certificados: Docente, Director del Dpto Docente, Secretaria de Extensión Universitaria

Condiciones a cumplimentar para el otorgamiento de la certificación:

Asistencia: Asistir al 70% de las clases.

Aprobación: cumplir con las condiciones de asistencia y aprobar el trabajo práctico final con un 80%

Indicar las condiciones administrativas y académicas a cumplimentar por los asistentes para el otorgamiento de las certificaciones indicadas en el punto anterior (Max. 150 caracteres)

Costo para asistentes y forma de pago:

A cargo de Jerárquicos Salud.

(Indicar el costo de la capacitación para los asistentes y la forma de pago - sólo si se trata de una capacitación ofrecida al medio-. (Max. 100 caracteres)

Otorgamiento de becas:

No aplica

En caso de otorgarse becas detallar a quienes van dirigidos, cantidad de becas a otorgar, condiciones de prioridades para otorgar la beca, origen del dinero de la beca. Se deberá registrar el aval de quien financie la beca. (Max. 150 caracteres)

Inscripción:

A cargo de Jerárquicos Salud.

(Max. 100 caracteres)

Cupo:

Nº de comisiones: 1

Cant. Min. de asistentes por comisión: 10

Cant. Max. de asistentes por comisión: 20

La cantidad mínima de asistentes se determina de tal forma que sea viable la propuesta. La cantidad máxima de asistentes se determina de acuerdo a la capacidad del lugar del dictado, por ejemplo, Auditorio 400 personas

Lugar de dictado:

Instalaciones de la UTN - FRSF

Indicar el lugar físico del dictado. Si la capacitación se desarrolla en la Facultad, indicar en que espacio físico se desarrollará la actividad (aula, auditorio, laboratorio, etc.). Si la modalidad de la capacitación es a distancia indicar lugares de emisión y recepción de las actividades de capacitación. (Max. 50 caracteres)

Necesidad de Recursos / Infraestructura:

| Actividad / Recurso | Responsabilidad |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- Inscripciones | 1- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input type="checkbox"/> Otro |
| 2- Aranceles | 2- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input type="checkbox"/> Otro |
| 3- Apoyo técnico | 3- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input type="checkbox"/> Otro |
| 4- Apoyo administrativo | 4- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input checked="" type="checkbox"/> Otro |
| 5- Entrega de certificados | 5- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input checked="" type="checkbox"/> Otro |
| 6- Otros | 6- Ente ejecutor <input type="checkbox"/> SEU <input type="checkbox"/> Otro |

Enumerar los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad de capacitación. Señalar en cada caso si se hace cargo el ente ejecutor, la Secretaría de Extensión Universitaria u otro, en cuyo caso, indicar sector responsable. (Max. 200 caracteres)

Observaciones:

El curso es solicitado por la Mutual de Jerárquicos Salud, por lo que los gastos serán absorbidos por esa entidad, de acuerdo a renovación de acta acuerdo AA/247/006.

(Max. 300 caracteres)

CUADRICULA DE COSTOS PREVISTOS

| Indicar montos o porcentaje de acuerdo al siguiente detalle | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Costo a participantes (marcar con una X lo que corresponda) | General | \$ 15385 |
| | Descuento ... ¹ | |
| | | % |
| | | % |
| | | % |
| Sin costo <input type="checkbox"/> | Con costo <input checked="" type="checkbox"/> | % |
| Costo del Docente/s (docentes deben firmar la conformidad) | Sin costo (si corresponde marcar con X) | <input type="checkbox"/> |
| | En el marco dedicación (Indicar dedicación) | <input type="checkbox"/> |
| | Con costo (indicar monto total) | \$ 11520 |
| Costos Operativos (Se deberá especificar cuales son los costos operativos) | Sin costo (si corresponde marcar con X) | <input type="checkbox"/> |
| | Con costo (especificar a continuación) | |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| TOTALES PREVISTOS | | Ingresos previstos en concepto de inscripciones ² \$ 15385 |

¹ Indicar, si están previstos descuentos a docentes, no docentes, alumnos, graduados o por pago anticipado.

² Calcular de acuerdo al número mínimo de inscriptos y al monto mínimo de costo por participante y a la tasa de deserción prevista (si corresponde)

| | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| | Ingresos por otros conceptos (si corresponde) | \$ |
| | Retención Fundación / Facultad (16 %) | \$ 2461 |
| | Costos previstos según detalle anterior | \$ 11520 |
| Diferencia prevista: total ingresos- total egresos | | \$ 1404 |