

Santa Fe, 9 de marzo de 2020

VISTO el expediente. CD N° 004/2020, caratulado: **S/Actualización de Formularios de Actividades de Capacitación**, iniciado por la Secretaría de Extensión Universitaria, y

CONSIDERANDO:

Que en la Res. del CD 506/219 (Reglamento de Actividades de Transferencia y Desarrollo de la UTN Santa Fe) se establecieron nuevos criterios económicos, respecto a la distribución de ingresos y egresos para la ejecución de dichas actividades.

Que tanto las actividades de capacitación a medida como las ofrecidas al medio quedan alcanzada por dicho Reglamento

Que a sí mismo, en la Res. del CD 677/19 se establecen los procedimientos para la implementación del Reglamento de Actividades de Transferencia y Desarrollo, incluidas las actividades de capacitación a medida.

Que, por los motivos antes mencionados, se hace necesario actualizar los formularios aprobados por la Res. 404/17, en lo que respecta a las actividades ofrecidas al medio, sean estas aranceladas o no aranceladas.

Que han analizado estas modificaciones las Secretarías de Extensión Universitaria, Académica, Administrativa y de Gestión, y las comisiones de Enseñanza y Posgrado, de Interpretación, Normas y Reglamentos y de Administración y Presupuesto, prestando su conformidad a la presente gestión.

Por ello,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD REGIONAL SANTA FE

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Modificar los siguientes formularios que forman de la Res. 404/17, por los formularios de capacitación, que forman parte del ANEXO I:

- Actividades Grupo A.
 - Formulario de Aprobación de Proyectos de Actividades de Capacitación Grupo A (Anexo I).
 - Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación Grupo A (Anexo II)
- Actividades Grupo B.
 - Formulario de Aprobación de Proyectos de Actividades de Capacitación Grupo B (Anexo III).
 - Formulario de Solicitud de Autorización para la Implementación de Actividades de Capacitación Grupo B (Anexo IV).
 - Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación Grupo B (Anexo V)
- Actividades Grupo C.



- Formulario de Aprobación de Proyectos de Actividades de Capacitación Grupo C (Anexo VI).
- Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación Grupo C (Anexo VII)
- Formularios de Presupuesto, Costos Directos, y Flujos de Fondos. (Anexo VIII)

ARTÍCULO 2º.- Regístrese. Comuníquese. Archívese.

RESOLUCIÓN N° 004

AJG
AGU
ROG

Ing. Rudy Omar GRETHER
Decano


Dr. Alfonso GIMÉNEZ URIBE
Secretario de Gestión Universitaria

Formulario de Aprobación de Actividades de Capacitación del Grupo A
Número de registro interno:

Denominación de la Actividad:

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

Tipo de Actividad:

<input type="checkbox"/> Conferencia	<input type="checkbox"/> Charla	<input type="checkbox"/> Seminario	<input type="checkbox"/> Otro
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Objetivos:

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

Justificación / Interés detectado:

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

Destinatarios:

Indicar el perfil de los destinatarios a capacitar y/o requisitos previo (Max. 200 caracteres)

Responsable del Ente Ejecutor:

Nombre y Apellido:	- Departamento/Secretaría:
Nombre y Apellido:	- Departamento/Secretaría:
Nombre y Apellido:	- Departamento/Secretaría:

Indicar responsable/s institucional/es de la actividad

Responsable Operativo:

Nombre y Apellido:	- Grupo/Área/Laboratorio:
Teléfono:	Email:

Indique los datos de contacto de la persona a cargo de la presentación y ejecución de la actividad

Disertantes:

1. Nombre y Apellido:	DNI:
Nº Legajo UTN:	Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
En el marco de su dedicación: Si / No	Carga horaria semanal:
2. Nombre y Apellido:	DNI:
Nº Legajo UTN:	Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
En el marco de su dedicación: Si / No	Carga horaria semanal:
3. Nombre y Apellido:	DNI:
Nº Legajo UTN:	Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
En el marco de su dedicación: Si / No	Carga horaria semanal:

4. Nombre y Apellido:	DNI:
Nº Legajo UTN:	Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
En el marco de su dedicación: Si / No	Carga horaria semanal:

En Claustro indicar: D: Docente / G: Graduado / N: No Docente / A: Alumno / E: Externo.
En el marco de su dedicación, indicar solo para Docentes y No Docentes.
Indicar carga horaria semanal dedicada a la actividad.

Fecha estipulada de la Actividad:

--

Indicar mes o meses aproximados en que se desarrollara la actividad.

Día / Horario previsto:

--

(Max. 200 caracteres)

Duración Total en Horas:

--

Lugar de dictado y cupos de participantes:

Lugar:	Cupo mínimo esperado:
	Cupo máximo esperado:

El nro. mínimo de asistentes es el requerido para alcanzar el punto de equilibrio económico.
El máximo se determina de acuerdo a la capacidad del lugar de dictado y tipo de actividad

Modalidad de dictado:

<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Otro:

Forma de Inscripción:

Inscripción Online:	Inscripción Presencial:
Link de Inscripción o E-Mail:	Lugar y Horarios:
Otros:	

(Max. 200 caracteres)

Actividad Arancelada:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Aranceles, según sea Tipo de Destinatario:

Destinado al Medio: I) Arancel para "Público en General" \$ II) Arancel para " " \$ III) Arancel para " " \$ IV) Arancel para " " \$	Destinado a Organización o Empresa Arancel total de la actividad:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Requiere uso del Sistema de Conferencias Web:

<input type="checkbox"/> Si - Cantidad de horas: <input type="checkbox"/> No

Indicar si utilizará el sistema de conferencias web para el dictado de seminarios online

Requiere gestión de inscripciones y cobranzas por parte de la SEU:

Si No

Indicar si requiere inscripciones a través de Campus Virtual y gestión de cobranzas

Requiere Difusión:

Interna Hacia el medio No Requiere

Requerimientos especiales para Difusión:

Piezas (imagen) para difusión Difusión en Redes sociales de UTN Sta Fe.

Fecha estimada de inicio Difusión:

Entregará certificados a los asistentes:

Si No

Tipo de Certificado a Realizar:

No Aplica Impreso Digital

(En caso de solicitar algunos certificados impresos y otros digitales Aclararlo en Item "REQUERIMIENTOS ESPECIALES")

Certificación a otorgar:

No Aplica Asistencia Aprobación Docente/Disertante Organizador

Firmantes según modelo estándar: Responsable Ente Ejecutor / Responsable SEU / Docente responsable

Requerimientos especiales para el certificado (diseño, firmantes, etc):

Aclarar en caso de requerir una certificación diferente a la estándar (Max. 300 caracteres)

Observaciones

(Max. 300 caracteres)

Anexar:

- CV resumido de los disertantes.
- PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN TIPO A.

Avaless:

Dependencia	Situación	Fecha	Firma y Aclaración	Observaciones
Consejo Departamental	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Director del Departamento	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		

Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		

AP



Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación

Detalle de la Actividad:

Nro. De Resolución de Aprobación:	fecha de resolución:
Nombre de la Actividad:	

Indicar el Nro de la Resolución de Aprobación, su fecha y el nombre de la actividad de capacitación (Max. 100 caracteres)

Fecha en que se realizó la actividad:

--

Indicar fecha real en que se realizó la actividad

Docentes / Disertantes (Solo detallar si difieren del ANEXO I)

5. Nombre y Apellido:	- DNI:
6. Nombre y Apellido:	- DNI:
7. Nombre y Apellido:	- DNI:
8. Nombre y Apellido:	- DNI:
9. Nombre y Apellido:	- DNI:
10. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI de los integrantes del plantel docente que dictaron la capacitación.

Organizadores de la Actividad (Solo detallar si es una actividad del Formulario Tipo C)

1. Nombre y Apellido:	- DNI:
2. Nombre y Apellido:	- DNI:
3. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI completos.

Participantes:

Cantidad de Asistentes:

Indicar el nro. de asistentes que participó de la actividad

Comentarios y Evaluación sobre los resultados de la actividad:

--

Indicar si la actividad obtuvo los resultados esperados, y demás información de utilidad (Max. 400 caracteres)

PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICADOS:

Deberán enviar en forma digital al E-Mail: certificados@frsf.utn.edu.ar

- Copia escaneada en jpg de la planilla de asistencia real de la actividad.
- Un EXCEL (No otro formato) con Apellido, Nombre, DNI de las personas a realizar certificaciones, discriminadas entre asistentes, docentes, disertantes, organizador.

Deberán presentar por mesa de entrada al área de capacitación formulario de cierre de actividad para dar curso a la gestión de las certificaciones solicitadas vía E-Mail.



Resultados Económicos de la Actividad:

Ingresos		
Ingresos por inscripciones		0,00
<i>Ingresos por otros conceptos (sólo si corresponde)</i>		
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
Ingresos pendientes con fecha cierta de cobro		
Item	Descripción	Monto
Total de Ingresos - Debe Coincidir con lo registrado en el sistema de la Fundación de la FRSF (sin considerar pendientes de cobro)		0,00
Egresos		
Costos Indirectos (19%)		0,00
Canon Facultad (8%)		0,00
Aporte CCP (3%)		0,00
Bienes de Consumo		0,00
RRHH		0,00
Bienes de Capital		0,00
Servicios no personales		0,00
Otros		0,00
		0,00
Total Egresos		0,00
Resultado: total ingresos - total egresos		0,00

Nota: EN CASO DE RESULTADO NEGATIVO, ESPECIFICAR LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Ente Ejecutor	Responsable	Fecha	Firma	Observaciones



**Formulario de Aprobación de Proyectos de Actividades de Capacitación
del Grupo B**

Denominación de la Actividad:

[Empty text box for activity name]

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

Tipo de Actividad:

Curso de Capacitación Taller Otro

Objetivos:

[Empty text box for objectives]

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

Justificación / Interés detectado:

[Empty text box for justification]

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

Perfil Destinatarios:

[Empty text box for recipient profile]

Indicar el perfil y/o requisitos previos requeridos para el tipo de capacitación. (Max. 200 caracteres)

Ente Ejecutor Responsable de la Actividad

Nombre y Apellido: - Departamento/Secretaría:
Nombre y Apellido: - Departamento/Secretaría:

Indicar responsable/s institucional/es de la actividad

ASPECTOS ACADÉMICOS.

Perfil Docente requerido:

[Empty text box for required teacher profile]

Indicar cuáles son los requisitos deseados del plantel docente (Max. 250 caracteres)

Modalidad de dictado:

Presencial Semipresencial A distancia Otro:

Descripción de la Metodología a Utilizar:

[Empty text box for methodology description]

(Max. 150 caracteres)

Duración total (en horas):

[Empty text box for total duration]

Especificar si son horas reloj o cátedra (Max. 250 caracteres)

Tipo y Metodología de Evaluación:

[Empty text box for evaluation type and methodology]

Especificar si son horas reloj o cátedra (Max. 300 caracteres)



ARTICULACIÓN ACADEMICA E I+D

Indicar si la actividad posee vinculación directa o indirecta con:

Carrera/Asignatura de pre-grado, grado o posgrado con que se articula:

(Max. 250 caracteres)

Laboratorio / Proyecto / Grupo de I+D con que se articula:

(Max. 250 caracteres)

Referencias Bibliográficas:

(Max. 250 caracteres)

ANEXAR:

- Temario.

AVALES:

Dependencia	Situación	Fecha	Firma y Aclaración	Observaciones
Consejo Departamental	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Director del Departamento	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario de Extensión Universitaria	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario Administrativo	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		

**Formulario de Solicitud de Autorización para la Implementación de
Actividades de Capacitación del Grupo B**

Denominación de la Actividad:

[Empty box for activity name]

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

Antecedentes de la Actividad:

Aval de Consejo Directivo. Resol. Nº: En trámite

Indicar si la capacitación posee aval vigente o se tramita en esta instancia (Max. 200 caracteres)

Responsable Operativo

Nombre y Apellido: - Grupo/Área:
Teléfono: Email:

Indique los datos de contacto de la persona a cargo de la presentación y ejecución de la actividad

Destinatarios de la Actividad:

[Empty box for recipients]

Indicar si la capacitación está dirigida al medio o a una Entidad (Max. 200 caracteres)

Docentes:

11.	Nombre y Apellido: Nº Legajo UTN: En el marco de su dedicación: Si / No	DNI: Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carga horaria semanal:
12.	Nombre y Apellido: Nº Legajo UTN: En el marco de su dedicación: Si / No	DNI: Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carga horaria semanal:
13.	Nombre y Apellido: Nº Legajo UTN: En el marco de su dedicación: Si / No	DNI: Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carga horaria semanal:
14.	Nombre y Apellido: Nº Legajo UTN: En el marco de su dedicación: Si / No	DNI: Claustro UTN: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carga horaria semanal:

En Claustro indicar: D: Docente/ G: Graduado / N: No Docente / A: Alumno / E: Externo.
En el marco de su dedicación, indicar solo para Docentes y No Docentes.
Indicar carga horaria semanal dedicada a la actividad.

Fecha estipulada de la Actividad:

[Empty box for activity date]

Indicar mes o meses aproximados en que se desarrollara la actividad.

Duración Total en Horas:

--

Día / Horario o Cronograma previsto:

--

(Max. 200 caracteres)

Forma de Inscripción:

Inscripción Online: Link de Inscripción o E-Mail:	Inscripción Presencial: Lugar y Horarios:
Otros:	

(Max. 100 caracteres)

Cupos:

Destinado al Medio: Cant. de comisiones: Cant. máx. de asistentes por comisión:	Destinado a una Entidad: Cant. de comisiones: Cant. máx. de asistentes por comisión:
----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad Arancelada:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Otorgamiento de Becas (completar sólo para Destinado al Medio):

--

En caso de otorgarse becas detallar a quienes van dirigidas, cantidad y condiciones de otorgamiento (Max. 200 caracteres)

Lugar de dictado:

--

Indicar los requerimientos del espacio físico necesario para el dictado de la actividad (equipamiento multimedia, capacidad, aire acondic. etc). Si la modalidad es a distancia indicar lugares de emisión (Max. 200 caracteres)

Requiere espacio dentro del Campus Virtual:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Requiere uso del Sistema de Conferencias Web:

<input type="checkbox"/> Si - Cantidad de horas: <input type="checkbox"/> No

Indicar si utilizará el sistema de conferencias web para el dictado de clases online

Requiere gestión de inscripciones y cobranzas por parte de la SEU:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Requiere Difusión:

<input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Hacia el medio <input type="checkbox"/> No Requiere

Requerimientos especiales para Difusión:

--

Piezas (imagen) para difusión Difusión en Redes sociales de UTN Sta Fe.

Fecha estimada de inicio Difusión:

Tipo de Certificado a Realizar:

No Aplica Impreso Digital

(En caso de solicitar algunos certificados impresos y otros digitales Aclararlo en Item "REQUERIMIENTOS ESPECIALES")

Certificación a otorgar:

No Aplica Asistencia Aprobación Docente/Disertante Organizador

Firmantes según modelo estándar: Responsable Ente Ejecutor / Responsable SEU / Docente responsable

Requerimientos especiales para el certificado (diseño, firmantes, etc):


Aclarar en caso de requerir una certificación diferente a la estándar (Max. 250 caracteres)

- Anexar:**
- CV resumido de los docentes / disertantes.
 - PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION TIPO B - FLUJO DE FONDOS.

Avaes:

Dependencia	Situación	Fecha	Firma y Aclaración	Observaciones
Consejo Departamental	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Director del Departamento	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario Administrativo	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario de Ciencia y Tecnología	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario Académico	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario de Planeamiento y Gestión	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario de Relaciones Institucionales	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		

Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> <i>Avalado</i> <input type="checkbox"/> <i>No Avalado</i> <input type="checkbox"/> <i>No Aplica</i>	/ /		
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--	--



Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación

Detalle de la Actividad:

Nro. De Resolución de Aprobación:	fecha de resolución:
Nombre de la Actividad:	

Indicar el Nro de la Resolución de Aprobación, su fecha y el nombre de la actividad de capacitación (Max. 100 caracteres)

Fecha en que se realizó la actividad:

--

Indicar fecha real en que se realizó la actividad

Docentes / Disertantes (Solo detallar si difieren del ANEXO I)

15. Nombre y Apellido:	- DNI:
16. Nombre y Apellido:	- DNI:
17. Nombre y Apellido:	- DNI:
18. Nombre y Apellido:	- DNI:
19. Nombre y Apellido:	- DNI:
20. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI de los integrantes del plantel docente que dictaron la capacitación.

Organizadores de la Actividad (Solo detallar si es una actividad del Formulario Tipo C)

4. Nombre y Apellido:	- DNI:
5. Nombre y Apellido:	- DNI:
6. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI completos.

Participantes:

Cantidad de Asistentes:

Indicar el nro. de asistentes que participó de la actividad

Comentarios y Evaluación sobre los resultados de la actividad:

--

Indicar si la actividad obtuvo los resultados esperados, y demás Información de utilidad (Max. 400 caracteres)

PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICADOS:

Deberán enviar en forma digital al E-Mail: certificados@frsf.utn.edu.ar

- Copia escaneada en jpg de la planilla de asistencia real de la actividad.
- Un EXCEL (No otro formato) con Apellido, Nombre, DNI de las personas a realizar certificaciones, discriminadas entre asistentes, docentes, disertantes, organizador.

Deberán presentar por mesa de entrada al área de capacitación formulario de cierre de actividad para dar curso a la gestión de las certificaciones solicitadas vía E-Mail.

Resultados Económicos de la Actividad:

Ingresos		
Ingresos por inscripciones		0,00
<i>Ingresos por otros conceptos (sólo si corresponde)</i>		
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
Ingresos pendientes con fecha cierta de cobro		
Item	Descripción	Monto
Total de Ingresos – Debe Coincidir con lo registrado en el sistema de la Fundación de la FRSF (sin considerar pendientes de cobro)		0,00
Egresos		
Costos Indirectos (19%)		0,00
Canon Facultad (8%)		0,00
Aporte CCP (3%)		0,00
Bienes de Consumo		0,00
RRHH		0,00
Bienes de Capital		0,00
Servicios no personales		0,00
Otros		0,00
		0,00
Total Egresos		0,00
Resultado: total ingresos - total egresos		0,00

Nota: EN CASO DE RESULTADO NEGATIVO, ESPECIFICAR LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Ente Ejecutor	Responsable	Fecha	Firma	Observaciones

Formulario de Gestión de Aprobación de Actividades de Capacitación del Grupo C

Denominación de la Actividad:

[Empty text box for activity name]

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

Tipo de Actividad:

Jornada Congreso Otro

Descripción general / Justificación:

[Empty text box for description]

(Max. 500 caracteres)

Objetivos:

[Empty text box for objectives]

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

Destinatarios:

[Empty text box for recipients]

(Max. 200 caracteres)

Requisitos previos:

[Empty text box for prerequisites]

(Max. 200 caracteres)

Responsables de la Actividad:

Ente Ejecutor Responsable de la Actividad

Nombre y Apellido: - Departamento/Secretaría:
Nombre y Apellido: - Departamento/Secretaría:

Referente Organizativo:

Nombre y Apellido: - Legajo: - Grupo/Área:
Teléfono: Email:

Referente Administrativo:

Nombre y Apellido: - Legajo: - Grupo/Área:
Teléfono: Email:

Sobre la Implementación:

Breve descripción de la dinámica de la actividad

Incluir las fases previas, durante y posteriores a la fecha de la actividad (Max. 500 caracteres)

Fecha estipulada de la Actividad:

Indicar mes o meses aproximados en que se desarrollara la actividad.

Cronograma previsto:

Indicar FECHA y HORARIO (Max. 400 caracteres)

Duración total (en horas)

Especificar si son horas reloj o cátedra (Max. 100 caracteres)

Forma de Inscripción:

Inscripción Online: Link de Inscripción o E-Mail:	Inscripción Presencial: Lugar y Horarios:
Otros:	

Cupos:

Cantidad máxima estimada de asistentes:

Lugar de realización:

Indicar el lugar y los requerimientos del espacio físico necesario para la realización de la actividad (Max. 300 caracteres)

Requiere Difusión:

Interna Hacia el medio No Requiere

Requerimientos especiales para Difusión:

Piezas (imagen) para difusión. Difusión en Redes sociales de UTN Sta Fe.

Fecha estimada de inicio Difusión:

Tipo de Certificado a Realizar:

No Aplica Impreso Digital

(En caso de solicitar algunos certificados impresos y otros digitales Aclarar en Item "REQUERIMIENTOS ESPECIALES")

Certificación a otorgar:

No Aplica Asistencia Aprobación Docente/Disertante Organizador

Firmantes según modelo estándar: Responsable Ente Ejecutor / Responsable SEU / Docente responsable

Requerimientos especiales para el certificado (diseño, firmantes, etc):

Aclarar en caso de requerir una certificación diferente a la estándar (Max. 250 caracteres)

Fuentes de financiamiento y sus aportes:

Actividad arancelada para los asistentes:

Si No

Aranceles, según sea Tipo de Destinatario:

I) Arancel para "Público en General" \$
II) Arancel para " " \$
III) Arancel para " " \$
IV) Arancel para " " \$

Otorgamiento de Becas:

En caso de otorgarse becas detallar a quienes van dirigidas, cantidad y condiciones de otorgamiento (Max. 300 caracteres)

Otros ingresos:

Sponsors/subsidios/aportes externos. Producidos Propios.

Anexar:

- **PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN TIPO C - FLUJO DE FONDOS.**
- **CV RESUMIDO DEL COMITÉ ORGANIZADOR/ACADÉMICO/DISERTANTES, SEGÚN CORRESPONDA.**
- **PROGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL EVENTO:**

- 1. Cronograma día por día
- 2. Espacios a utilizar día por día. Aulas, Aulas multimedios, Auditorio, Estadio, Cantina, Baños, Sala de Reuniones, etc..
- 3. Necesidades de infraestructura (incluyendo tecnologías) de cada uno de los espacios a utilizar
- 4. Insumos/consumibles necesarios
- 5. Recursos Humanos
- 6. Recursos Financieros

- PROGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR DE FORMA PREVIA y POSTERIOR AL EVENTO (proyecto):

- 1. Cronograma mensual/semanal
- 2. Etapas , Tareas e Hitos
- 3. Describir brevemente las tareas y especificar los recursos financieros, recursos humanos y de trabajo necesarios (equipos, insumos, espacios, etc.)

Avales:

<i>Dependencia</i>	<i>Situación</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma y Aclaración</i>	<i>Observaciones</i>
Consejo Departamental	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Director del Departamento	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario de Extensión Universitaria	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Secretario Administrativo	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		
Otro:	<input type="checkbox"/> Avalado <input type="checkbox"/> No Avalado <input type="checkbox"/> No Aplica	/ /		

Formulario de Cierre de Actividades de Capacitación

Detalle de la Actividad:

Nro. De Resolución de Aprobación:	fecha de resolución:
Nombre de la Actividad:	

Indicar el Nro de la Resolución de Aprobación, su fecha y el nombre de la actividad de capacitación (Max. 100 caracteres)

Fecha en que se realizó la actividad:

--

Indicar fecha real en que se realizó la actividad

Docentes / Disertantes (Solo detallar si difieren del ANEXO I)

21. Nombre y Apellido:	- DNI:
22. Nombre y Apellido:	- DNI:
23. Nombre y Apellido:	- DNI:
24. Nombre y Apellido:	- DNI:
25. Nombre y Apellido:	- DNI:
26. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI de los integrantes del plantel docente que dictaron la capacitación.

Organizadores de la Actividad (Solo detallar si es una actividad del Formulario Tipo C)

7. Nombre y Apellido:	- DNI:
8. Nombre y Apellido:	- DNI:
9. Nombre y Apellido:	- DNI:

Indicar nombre/apellido y DNI completos.

Participantes:

Cantidad de Asistentes:

Indicar el nro. de asistentes que participó de la actividad

Comentarios y Evaluación sobre los resultados de la actividad:

--

Indicar si la actividad obtuvo los resultados esperados, y demás Información de utilidad (Max. 400 caracteres)

PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICADOS:

Deberán enviar en forma digital al E-Mail: certificados@frsf.utn.edu.ar

- Copia escaneada en jpg de la planilla de asistencia real de la actividad.
- Un EXCEL (No otro formato) con Apellido, Nombre, DNI de las personas a realizar certificaciones, discriminadas entre asistentes, docentes, disertantes, organizador.

Deberán presentar por mesa de entrada al área de capacitación formulario de cierre de actividad para dar curso a la gestión de las certificaciones solicitadas vía E-Mail.



Resultados Económicos de la Actividad:

Ingresos		
Ingresos por inscripciones		0,00
<i>Ingresos por otros conceptos (sólo si corresponde)</i>		
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
Ingresos pendientes con fecha cierta de cobro		
Item	Descripción	Monto
Total de Ingresos – Debe Coincidir con lo registrado en el sistema de la Fundación de la FRSF (sin considerar pendientes de cobro)		0,00
Egresos		
Costos Indirectos (19%)		0,00
Canon Facultad (8%)		0,00
Aporte CCP (3%)		0,00
Bienes de Consumo		0,00
RRHH		0,00
Bienes de Capital		0,00
Servicios no personales		0,00
Otros		0,00
		0,00
Total Egresos		0,00
Resultado: total ingresos - total egresos		0,00

Nota: EN CASO DE RESULTADO NEGATIVO, ESPECIFICAR LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Ente Ejecutor	Responsable	Fecha	Firma	Observaciones

Anexo VIII - FLUJO DE FONDOS - Actividades de Capacitación												
Detalle Ingresos	Períodos											
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTALES
Pagos Alumnos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Sponsors/Subsidios/Aportes Externos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
TOTAL DE INGRESOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
DISTRIBUCIÓN DE FONDOS												
Costos Indirectos (19%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Canon Facultad (8%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Aporte CCP (3%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
TOTAL DISTRIBUCION DE FONDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
COSTOS DIRECTOS												
Recursos Humanos	0	0	0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0	\$ -
Bienes de Consumo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Bienes de Capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Servicios No Personales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
TOTAL DE BIENES DE CONSUMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
SALDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -

Firma y Aclaración Responsable de la Actividad