**Anexo 17. Formato del cronograma del Plan Anual de Capacitaciones para el año XXXX**

**Comité de Ética Asistencial Para la Salud de ………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **TEMA/CONTENIDO** | **MODALIDAD**  **(VIRTUAL / PRESENCIAL / HÍBRIDA)** | **TIPO \*** | **TIEMPO DE**  **DURACIÓN** | **EXPOSITOR** | **ASISTENTES** | **CERTIFICADO**  **\*\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*Aprobado el dd, de mm del aaaa.*

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Firma Máxima Autoridad Institución)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Firma Presidente del Comité)* |