**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)* |