



CURSO OFICIAL PROGRAMA TÍTULO DE ESPECIALISTA

Nombre del Curso

Nombre de la Asignatura

SEMESTRE

AÑO

PROF. ENCARGADO

Nombre Completo

Cédula Identidad

Programa de especialista al que pertenece el curso

TELÉFONO

TIPO DE CURSO

Curso Teórico

CLASES	
SEMINARIOS	
PRUEBAS	
TRABAJOS	

Nº HORAS PRESENCIALES	
Nº HORAS No PRESENCIALES	
Nº HORAS TOTALES	

CRÉDITOS

(1 Crédito Equivale a 30 Horas Semestrales)

Nº ALUMNOS

(Nº mínimo)

(Nº máximo)

INICIO

TERMINO

**DIA/HORARIO
POR SESION**

**DIA /
HORARIO
POR SESION**

LUGAR

Escuela De Postgrado (Sala a determinar) u otro lugar

PROPÓSITO DEL CURSO

OBJETIVOS O LOGROS DE APRENDIZAJE DEL CURSO

METODOLOGÍA

Describe si se trata de clases teóricas, seminarios bibliográficos (con o sin presentación al grupo curso), talleres u otros

EVALUACIÓN

Indique el número de evaluaciones, si son en modalidad oral o escrita y la ponderación de cada una de ellas

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

FECHA Y HORA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	ACADÉMICO RESPONSABLE