**SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO**

**FORMATO PLAN DE FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA APROBACIÓN** | | |
| **DD** | **MM** | **AAAA** |
|  |  |  |

**Periodo de ejecución:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la Sede, equipamiento o dependencia donde se desarrollarán las jornadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **CONTENIDO TEMÁTICO** | **OBJETIVO** | **MATERIALES** | **GRUPO OBJETIVO** | **DURACIÓN** | **INSTRUCTORES** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: |