|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO DE LAS PROPUESTAS DE EDUCACIÓN CONTINUA** | **Fecha de diligenciamiento** | | |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
| **FACULTAD DE ENFERMERÍA** | **DD** | **MM** | **AAAA** |

*Marque con una "X", Si, No. Detalle la observación si marca la opción Sí.*

|  |
| --- |
| Responsable de la verificación: |
| Nombre del programa académico: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿El programa de educación continua que se va a proponer lo ofertan otras instituciones en la ciudad o el departamento?** | | |
| SI | NO | ¿Dónde? |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Descripción del público a quien está dirigido el programa de educación continua:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Descripción del factor diferenciador que le da un mayor valor al programa de educación continua en la percepción del usuario, con respecto a la oferta del medio:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LOS OTROS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN CONTINUA?** | | | |
| **CARACTERÍSTICAS** | **CURSOS** | | |
| Nombre del curso. | Nombre del curso. | Nombre del curso. |
| Institución que oferta |  |  |  |
| Fecha en que se oferta |  |  |  |
| Duración |  |  |  |
| Horarios |  |  |  |
| Modalidad |  |  |  |
| Certificación que se otorga |  |  |  |
| Precio |  |  |  |
| Formas de pago |  |  |  |
| ¿Otra facultad de la Institución oferta algo similar? ¿Cuál? |  |  |  |