

PLAN DE CAPACITACIÓN

Denominación del Plan de Capacitación (Marque con una X):

- Plan Específico de Aprendizaje con predominio en la Empresa
- Plan Específico de Aprendizaje con predominio en el Centro de Formación Profesional: Prácticas Pre Profesionales.
- Plan de Específico de Pasantía en la Empresa.
- Plan/Itinerario de Pasantía de Docentes y Catedráticos.

I.DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

1.1. Razón Social de la Empresa

1.2. Actividad Económica

1.3. Nombre del puesto de trabajo u ocupación en la que realizará el beneficiario su actividad Formativa

DEL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

1.4. Nombre del Centro de Formación Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
RUC. 20138705944

1.5. Nombre de la persona responsable por el Centro de Formación Profesional

MG. CARLOS ZACARÍAS DÍAZ CABRERA
DNI: 10146960

EL BENEFICIARIO

1.6. Nombres y Apellidos del beneficiario

| |
|--|
| |
|--|

1.7. Condiciones pactadas entre el Beneficiario, la Empresa y el Centro de Formación Profesional (No llenar los recuadros que no se contemplan)

| | |
|---|-----------------------------|
| Monto de la subvención S/. | |
| Tipo de seguro y cobertura | |
| Jornada Formativa (días, horas) Incluir horario de refrigerio (Tiempo mínimo 03 meses = 360 Horas a mas) | |
| Ocupación o Puesto de Trabajo donde se desarrollará la actividad formativa. | PRACTICANTE PRE-PROFESIONAL |

II. OBJETIVO DEL PLAN

Señala la información básica pertinente del proceso que el beneficiario seguirá a través de la modalidad materia del Convenio. (si se contempla)

Objetivos que debe lograr el beneficiario al término de su formación en la empresa (tomar como referencia los objetivos planteados para cada modalidad en la Ley N° 28518). (si se contempla)

Objetivos que se debe indicar en ambos casos.

| |
|-------------------------------------|
| Objetivos a) b) c) |
|-------------------------------------|

III. ACTIVIDADES FORMATIVAS EN LA EMPRESA

3.1. Función principal del puesto de trabajo u ocupación donde se realizará la actividad formativa de aprendizaje

| |
|--|
| |
|--|

3.2. Actividades/tareas principales que se desprenden de la función del puesto de trabajo u Ocupación del aprendizaje.

| |
|----|
| a) |
| b) |
| c) |
| d) |

3.3. Competencias

Señala la información básica de los logros formativos que obtendrá el beneficiario en su modalidad.

3.3.1. Competencias específicas

Son las relacionadas con aspectos técnicos directamente relacionados a la ocupación en I.

| Competencias específicas | Indicador de logro |
|--------------------------|--------------------|
| 1. | 1.1 |
| 2. | 2.1 |
| 3. | 3.1 |
| 4. | 4.1 |

3.3.2. Competencias genéricas o transversales

Relacionadas a los comportamientos y actitudes laborales propios que el beneficiario desarrollará en la actividad formativa laboral. Por ejemplo: Trabajo en equipo, comunicación, etc.

| Competencias específicas | Indicador de logro |
|--------------------------|--------------------|
| 1. | 1.1 |
| 2. | 2.1 |
| 3. | 3.1 |
| 4. | 4.1 |

IV. DURACIÓN

4.1. Inicio y término

| |
|-------------------|
| Fecha de inicio: |
| Fecha de término: |

V. CONTEXTO FORMATIVO

| | |
|-----------------------------------|--|
| INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE | |
| MAQUINARIAS/EQUIPOS | |
| HERRAMIENTAS | |
| INSUMOS | |
| EQUIPO PERSONAL | |
| CONDICIONES DE SEGURIDAD | |

VI. MAPA DE RECORRIDO EN EMPRESA

Relación de áreas o departamentos donde rotará el/los beneficiarios, con la actividad formativa.

| Área o departamento |
|----------------------------|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

VII. MONITOREO Y EVALUACION

Pautas que puedan ser consideradas para el proceso de evaluación del beneficiario durante y al término del proceso formativo:

1. Evaluación personal del beneficiario en relación a los logros alcanzados a nivel de competencias específicas y competencias genéricas / transversales.
2. Observación de las actividades formativas realizadas por el/los beneficiarios en la empresa:
 - Calidad de la actividad formativa
 - Pertinencia de la actividad formativa
 - Resultados de la actividad formativa
3. Aportes realizados a la Empresa.
4. Otros. (indicar nombre, Teléfono y correo de la Persona que estará a cargo del practicante en la empresa y/o entidad pública)

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | | |
| FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DE LA UNIVERSIDAD | FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA | FIRMA DEL PRACTICANTE |