**INFORME DE ACCIONES DE CAPACITACIÓN**

**CAPACITACIÓN AL PERSONAL DOCENTE**

**Periodo reportado:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **No.** | **NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN****(Curso, taller, diplomado, otro)** |  **FECHA** |  **OBJETIVO** | **¿FORMA PARTE DEL PLAN DE CAPACITACIÓN****ANUAL?** |  **PARTICIPANTES** | **INSTRUCTOR** | **CENTRO DE TRABAJO RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN** | **COMENTARIOS** |
| **Sí** | **No** |  **Número** | **Centro de trabajo de****adscripción** | **Nombre** | **Institución y/o empresa a la que****pertenece** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ELABORÓ****Nombre y firma** | **APROBÓ****Titular del Centro de Trabajo (Nombre y firma)** |