**INFORME DE ACCIONES DE CAPACITACIÓN**

**CAPACITACIÓN AL PERSONAL DIRECTIVO Y ADMINISTRATIVO**

**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)** |