

<b>No. de Identificación</b>

Acción de capacitación:

Facilitador(es):  
Región:

Periodo:

Sede:  
Total de horas:

Horario:

No.	Nombre	No. de Personal	Puesto	Dependencia	DÍA/ACTIVIDAD						Asistencia	
					1	2	3	4	5	6	%	Acreditación
1											0.00	NO
2											0.00	NO
3											0.00	NO
4											0.00	NO
5											0.00	NO
6											0.00	NO
7											0.00	NO
8											0.00	NO

\* Justificación

Observaciones:

Total de acreditados:

--

**Elabora**  
Analista de Desarrollo

**Registra**  
Analista de Integración de Información

**Revisa**  
Titular del Departamento de Evaluación y Desarrollo de Personal

**Autoriza**  
Titular de la Dirección General de Recursos Humanos