

Programa Anual de Capacitación de Desarrollo Humano y Organizacional					
NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVO	DIRIGIDO A:	TIPO DE EVENTO:	HORAS POR PERSONA	MES

ELABORÓ

NOMBRE Y FIRMA
JEFE/A DE OFICINA DE CAPACITACIÓN

REVISÓ

NOMBRE Y FRIMA
JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZÓ

NOMBRE Y FIRMA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FINANZAS