



**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_

AREA A CAPACITAR	CURSOS	MESES											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE ADMINISTRACION