



Nombre del Curso:

Periodo de Ejecución:

Nombre del Agente Capacitador:

Duración:

Área Temática del Curso:

Número de Empleado	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (F/M)	Entidad Federativa Nacimiento	Puesto	Firma

Firma Agente Capacitador