



**Programa de Capacitación**  
 Instituto Tecnológico Superior de Puerto Peñasco  
 Subdirección de Servicios Administrativos

No.	Nombre de los Cursos	Objetivo	Periodo de Realización	Lugar	No de horas x curso	Instructoras(es)	Dirigido a:	Observaciones

**Elaboró:**

**Aprobó:**

\_\_\_\_\_  
 Nombre  
 Jefatura del Departamento de Recursos  
 Humanos

\_\_\_\_\_  
 Nombre  
 Subdirección de Servicios  
 Administrativos