SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
COCHABAMBA - BOLIVIA

Form. No. ……

PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

Nombre de la Unidad _____

Responsable _____

Fecha _____

Curso Formativo	Nº Personas	Tiempo (Hrs)	Costo	Fecha Programada	Quien prestará el servicio

Nombre del Personal	Cargo

_____
Responsable Unidad Solicitante