



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: SOLICITUD DE CAPACITACIÓN	CÓDIGO: FO-SAF-PD-004	EMISIÓN: DICIEMBRE - 2009	
DEPARTAMENTO: DESARROLLO DE PERSONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 1 de 1	REVISIÓN: ABRIL - 2010



FORMATO

FECHA:

FOLIO No:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ PUESTO: _____
 SUCURSAL O DEPARTAMENTO: _____ CENTRO DE COSTO: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____ EXTENSIÓN: _____

DATOS DE LA CAPACITACIÓN

MODULO(S) DE FORMACIÓN:	DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS

RELACIÓN DE COLABORADORES				
No.	No DE NÓMINA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

 ELABORÓ
 Nombre y Firma

 REVISÓ
 Nombre y Firma

 Vo. Bo.
 Nombre y Firma

 AUTORIZÓ
 Nombre y Firma