



Gobierno de
México



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Paquete Operativo de Registro y Control Técnico-Administrativo de la Capacitación 2025



ASIGNACIÓN DE CURSO Y LIBERACIÓN DE PAGO

POCID 1

Datos del Área Solicitante:

Nombre de la Dependencia o Entidad				
Unidad de Adscripción:				
Nombre del Responsable de Capacitación:				
Cargo o Puesto:		Tels.:		Ext.

Datos de la Acción de Capacitación:

Nombre y Tipo de la Acción:				
Número de Grupo:				
Periodo:		Horario:		
Domicilio de la Sede:				
Costo Total:		Costo por Hora:		Total de Horas:

Datos del Instructor:

R.F.C.		Nombre:		
Grado Máximo de Estudios:		Experiencia:		
Institución Educativa Contratada:				
No. de Participantes Programados:		No. de Participantes inscritos:		

(Nombre y Firma del Representante o
Apoderado Legal de la Institución
Educativa y Sello)

(Nombre y Firma del Responsable de Capacitación y/o
quien lo sustituya en el cargo)

(Nombre y Firma del Superior Jerárquico del Responsable
de Capacitación y/o quién lo sustituya en el cargo)

No. del Comprobante Fiscal Digital			No. de Cuenta por Liquidar Certificada:		
ISSSTE-CAP No. de Acción:		Participantes Registrados:		Fecha:	
				Capturó:	



2025
Año de
La Mujer
Indígena