

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



HOJA DE REGISTRO DEL PARTICIPANTE

Escriba los siguientes datos con letra clara y de molde. El nombre que registre se utilizará para la elaboración del Diploma, Constancia de Aprobación o Constancia de Participación, en caso de cumplir con los requisitos correspondientes.

POCID 2

Datos del Participante:

Nombre del Participante																	
R.F.C.														Género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	
Dependencia, Institución, u Órgano Desconcentrado																	
Unidad Administrativa:																	
Área de Adscripción:																	
Tipo de Contratación:		<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Confianza	<input type="checkbox"/> Derechohabiente	<input type="checkbox"/> Pensionado o Jubilado	<input type="checkbox"/> Otro: _____											
Tipo de Personal:		<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Secretarial	<input type="checkbox"/> Técnico/Educativo	<input type="checkbox"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Área médica											
Puesto:												Antigüedad:					
Domicilio Laboral:												Tel.:			Ext.:		
Escolaridad:		<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Profesional Especificar _____												
		Otros Estudios:															
Indique sus Labores en Forma General:																	
Correo Electrónico:																	

Datos de la Acción de Capacitación:

Nombre y Tipo de Acción:	DIPLOMADO EN ADMINSTRACIÓN HOSPITALARIA		
Número de Grupo:	2		
Periodo:	28 DE MARZO AL 31 AGOSTO 2025	Horario:	09:00 A 15:00 HORAS
Instructor:	UAEM		
Sede:	FACULTAD DE ESTUDIOS SOCIALES DE LA UAEM, XOCHICALCO S/N AZTECA, 62588, TEMIXCO MORELOS		

(Nombre y Firma del participante)