CONTROL DE ASISTENCIA



NOMBRE DEL FACILITADOR: Patricia E			tricia Bermude:	z INTERN	NO: EXTERNO: _		
DE	SER EXTERNO	ENTIDAD FACILI	TADORA:			RIF:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN:				Incomp	amy basico	DURACIÓN:	4 Horas
МО	DALIDAD DE LA ACTIV	IDAD:	InComp	InCompany CANTIDAD		DE PARTICIPANTES:	2
FECHA DE INICIO: 07-04-2018 FEC			FECHA DE CU	JLMINACIÓN:	07-04-2018		
						FIRMA	
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	ORGANIZACIÓN	N° TELF.	CORREO ELECTRONICO	MAÑANA	TARDE
1	Hernandez Rosario	83996069	Sigo	02956872354	patricia- bermudez@outlook.com		
2	cuevas kelly	22998145	Sigo	04249960357	patriciabermudez465@g mail.com		