## CONTROL DE ASISTENCIA



NOMBRE DEL FACILITADOR:		OR: Pa	tricia Bermude	z INTER	NO EXTERNO:		au Corporativa Sigo
DE SER EXTERNO		ENTIDAD FACILITADOR	A: —			RIF:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN:			Incompamy basico			DURACIÓN	4 Horas
MODALIDAD DE LA ACTIVIDAD:			InCompany		CANTIDAD	CANTIDAD DE PARTICIPANTES: 2	
FECHA DE INICIO: 07-04-2018			FECHA DE CULMINACIÓN:		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		