

	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN	CODIGO: PRO-ADM- AD-0003-0
	Departamento Administración	Página 1 de 1

TIPO DE PERSONAL:
☐ PLANTA ☐ CONTRATISTA NOMBRE

EMPRESA:

CAPACITACIÓN:
☐ EN TERRENO

☐ PROGRAMADA

FECHA: _____

HORA INICIO ____: ____

HORA TERMINO ____: ____

TEMA A TRATAR:

N.º	NOMBRE DEL TRABAJADOR	RUT	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

N° DE PARTICIPANTES: _____

NOMBRE DEL RELATOR	
EMPRESA	
CARGO	
FIRMA	