# ASISTENCIA A INDUCCIÓN, RE-INDUCCIÓN O CAPACITACIÓN

| | | |
|---|---|---|
| **TEMA DE CAPACITACION:** | | |
| **CAPACITADOR:** | **FIRMA:** | |
| **OBJETIVO:** | | |
| | | |
| **FECHA:** | **HORA DE INICIO:** | **HORA DE FINALIZACION:** |

| NOMBRE | CEDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| **OBSERVACIONES:** |
|---|
| |
| |
| |
| |