

REGISTRO DE CAPACITACIÓN GRUPAL

NOMBRE DEL INSTRUCTOR (IMPRESA):	
EMAIL:	TELÉFONO:
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	FECHA DE CAPACITACIÓN:
LUGAR DE TRABAJO DE LA PERSONA CAPACITADA:	
IDENTIFICACIÓN:	

#	NOMBRE DE LA PERSONA CAPACITADA (ESCRIBIR)	TEMA DE CAPACITACIÓN	FIRMA DE LA PERSONA CAPACITADA (UNA VEZ COMPLETADA LA CAPACITACIÓN)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			