|  |  |
| --- | --- |
| **Organismo evaluador de la conformidad:** |  |

Se hace constar que el (la) señor(a): **XXXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXX**

Número de identificación: **XXXXXXXXX**

Se hace constar que el (la) señor(a): **XXXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXX**

Número de identificación: **XXXXXXXXX**

Se hace constar que el (la) señor(a): **XXXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXX**

Número de identificación: **XXXXXXXXX**

Se hace constar que el (la) señor(a): **XXXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXX**

Número de identificación: **XXXXXXXXX**

Se le brindó capacitación en: **XXXXXXXX XX XXXXXX**

Fecha(s): **DD, DD, DD de mm de xxxx** Intensidad horaria: **xx horas**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Director

Organismo Evaluador de la Conformidad