Medicina Pre-paga	**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**	Versión : 01 Código : F-RH-04
	LISTADO DE ASISTENCIA	Fecha : 07/11/2016 Página 1 de 1

LISTADO DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

TEMA:	
INSTRUCTOR:	
FECHA:	**DURACIÓN:**

REGISTRO DE ASISTENTES		
Nombre	**Firma**	**Puesto**