CONSORCIO MR MUNICIPAL	REGISTRO DE ASISTENCIA

Fecha:		Lugar:	
Hora:		Tema:	
Responsable:		Cargo:	

Charla Diaria ☐	Entrenamiento ☐	Inducción ☐	Capacitación ☐	Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA