**LISTA DE ASISTENCIA**

**CAPACITACIÓN – INSTALACIÓN – PUESTA EN MARCHA**

**LICITACIÓN No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELATIVA A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTRATO No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Especificaciones del Equipo: Número de Renglón, clave de cuadro básico (en caso de especificar), descripción, marca, modelo, número de serie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Turno: Matutino Vespertino Mixto Nocturno

PERSONAL QUE RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO. | NOMBRE | FIRMA |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| ∞ |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE Y FIRMA DEL CAPACITADOR | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SELLO DEL HOSPITAL, JURISDICCIÓN SANITARIA O CENTRO DE SALUD | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE LA PERSONA DEL HOSPITAL, JURISDICCIÓN SANITARIA O CENTRO DE SALUD QUE AVALA LA CAPACITACIÓN |