

Tema\_

## CONTROL DE ASISTENCIA

Versión: 00Responsable: Subgerente AdministrativaFecha: 11/03/2025Pg. 1 de 1Código: SST-FOR-05

\_\_\_\_\_Capacitador/conferencista: \_\_

Objetivo específico:					
Fecha:	Hora:	Lugar:			
Nombre	Cargo	Firma			

CONTROL DE CAMBIOS						
Versión	Fecha	Elaboró	Revisó/Aprobó	Comentarios		
00	11/03/2025	Subgerente Administrativa /Contratista de calidad	Comité de gestión y desempeño	Creación del documento		

