

CERTIFICADO

— INNOVACIÓN • CAPACITACIONES —

Hace constar que

(Nombre Completo)

ha completado el curso

(NOMBRE DEL CURSO)

(DÍA, mes, AÑO)

Calificación del Curso: (Calificación obtenida)

Horas de duración /créditos: (Número)

FIRMA

TIMBRE

GERENTE GENERAL
INNOVACION CAPACITACIONES EIRL

(Código de verificación)