

LOGO DE LA DEPENDENCIA GESTORA

LOGO DE LA INSTITUCIÓN CONTRATADA o EN CONVENIO

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA**

**INSTITUTO DE DESARROLLO PROFESIONAL**

**ULADISLAO GÁMEZ SOLANO**

**INSTITUCIÓN CONTRATADA o EN CONVENIO**

**CONFIEREN CERTIFICADO DE**

**\*APROVECHAMIENTO/PARTICIPACIÓN a:**

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE**

Cédula N°

Por cuanto ha cumplido con los requisitos de la actividad de capacitación:

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

**DE CAPACITACIÓN**

Realizada de fecha de inicio y fecha de conclusión de año,

con una duración de XX horas, con una asistencia efectiva de XX horas

y una calificación de XX (para cursos de aprovechamiento)

Dirección Ejecutiva Instituto de Desarrollo Profesional

Uladislao Gámez Solano

Nombre de la persona responsable y Nombre de la Institución contratada o en convenio

Lugar de emisión del certificado y fecha

\*se indica según la modalidad que corresponda **Los certificados deben entregarse firmados y sellados con tinta azul o marca de agua de la institución contratada.**