

FECHA: 04/07/18.
EMPRESA/INTERESADO: Aridos Cochapel.
PDC: _____ OTRO: _____

MOTIVO: (Indicar Procedimiento relacionado/ Ordinario u otro)

Asistencia al cumplimiento

	EMPRESA	SERVICIO	NOMBRE	CARGO	TELEFONO	CORREO	FIRMA
1	_____	STTA	Walter Hernández Navar	Instructor	-	-	[Firma]
2	Aridos Cochapel Ltda		Sergio Jaime Cortés	Representante Legal	992898558		[Firma]
3	Aridos Cochapel Ltda	SMA	Claudio Leiva U.	ADM	99174009	cleiva@aridoscochapel.cl	[Firma]
4	Aridos Cochapel Ltda	-	Juan Pablo Leiva G.	Sub. Gerente	98701220	jleiva@aridoscochapel.cl	[Firma]
5	GRUPO ALIANZA		Antonio Jarama	Asesor.	93377331		[Firma]
6	GRUPO ALIANZA		Andrés Devoto	Asesor	996391747	DEVOTO@grupalianza.cl	[Firma]
7	_____	SMA	Jorge Alviño A.	Instructor	-	-	[Firma]
8	_____	SMA	Maximiliano Molina G.	Profesional	-	-	[Firma]

Anote sus datos en forma clara, pueden ser utilizados para enviar información posteriormente.