|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA | ENCARGADO/A | VERIFICADO | TESTIGO |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |
|  |  | SI / NO |  |