



Ministerio de Educación

(LOGO DE LA  
INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA)

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO

(Nombre del IST)

R.M. N°

# CERTIFICADO

OTORGADO A: \_\_\_\_\_

POR HABER CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL MÓDULO PROFESIONAL:

\_\_\_\_\_

DE LA CARRERA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

(Lugar), \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_

DIRECTOR

SECRETARIO DOCENTE

JEFE DE FAMILIA O CARRERA PROFESIONAL

**DURACIÓN DEL MÓDULO PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_ **HORAS**

**DURACIÓN DE LA FORMACIÓN EN EL CENTRO DE TRABAJO :** \_\_\_\_\_ **HORAS**

**CAPACIDADES ADQUIRIDAS:**


**REGISTRO No.** \_\_\_\_\_ **RESOLUCIÓN DIRECTORAL No.** \_\_\_\_\_

**FECHA DE APROBACIÓN DEL MÓDULO PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **del 20** \_\_\_\_\_