



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL FORMULARIO

14 de febrero de 2019

Página 1 de 1

LUGAR DEL ACTO: [Click here to enter text.](#)

FECHA: 14/02/2019 11:00 a. m.

HORA: [Click here to enter text.](#)

| Nombre y Apellido | Representante de: | Cargo o Relación | Adjunta Acreditación S/N | Firma |
|--|-------------------|------------------|--------------------------|-------|
| Lubricantes Internacionales, SRL. | | | | |
| Shalone Distribuidora, SRL. | | | | |
| Autos Repuestos Rodríguez Montilla, SRL. | | | | |



| |
|---|
| No. EXPEDIENTE |
| POLICIA NACIONAL-CCC-CP-2019-0015 |
| No. DOCUMENTO |
| Click here to enter text. |