**ANEXO N° 5**

**CONTRATACIÓN ORGANISMO TÉCNICO INTERMEDIARIO PARA CAPACITACIÓN (OTIC)**

**OTROS CLIENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre empresa** | **Nombre contacto** | **Teléfono Contacto** |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |
| 22. |  |  |  |
| 23. |  |  |  |
| 24. |  |  |  |
| 25. |  |  |  |
| 26. |  |  |  |
| 27. |  |  |  |
| 28. |  |  |  |
| 29. |  |  |  |
| 30. |  |  |  |
| 31. |  |  |  |
| 32. |  |  |  |
| 33. |  |  |  |
| 34. |  |  |  |
| 35. |  |  |  |
| 36. |  |  |  |
| 37. |  |  |  |
| 38. |  |  |  |
| 39. |  |  |  |
| 40. |  |  |  |
| 41. |  |  |  |
| 42. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Representante Legal: |  |  |
| Fecha:  |  |
|  | **Firma Representante Legal** |