** **

Certificado de participación

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Participó en el taller**

**Capacitación en la PrEP para prestadores de servicios de salud en entornos clínicos**

**>AGREGAR FECHA DE LA CAPACITACIÓN<**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**>AGREGAR NOMBRE, CARGO Y ORGANIZACIÓN DEL CAPACITADOR<**