

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

ASOGESTIÓN SAS certifica que **Dr./Dra.** _____, identificado(a) con _____, participó en el Entrenamiento en Lectura Estandarizada OIT de Neumoconiosis (Rx de tórax PA), con intensidad de ___ horas, realizado del // al //_____, en modalidad _____.

Contenido general: Aplicación de la Clasificación OIT para descripción y registro sistemático de hallazgos radiográficos; lectura estructurada; revisión de casos y calibración.

Declaración de alcance: Este certificado acredita **participación en el entrenamiento. No corresponde a certificación NIOSH B Reader** ni a credencial habilitante equivalente.

Firma: _____ Cargo: _____
Fecha de expedición: //____ Ciudad: _____

CONSTANCIA DE APROVECHAMIENTO ACADÈMICO (EVALUACIÓN FORMATIVA)

ASOGESTIÓN SAS certifica que **Dr./Dra.** _____ completó y aprobó el Entrenamiento en Lectura Estandarizada OIT de Neumoconiosis (Rx de tórax PA) (____ horas), del //____ al //_____.

Evaluación de calibración (pre/post):

El(la) participante realizó lecturas ciegas con rúbrica y alcanzó los siguientes indicadores:

- Concordancia aceptable en profusión (± 1 subcategoría): Pre ___ % / Post ___ %
- Acierto en “positivo probable radiográfico” ($\geq 1/1$): Pre ___ % / Post ___ %
- Errores críticos según umbral operativo: Pre ___ / Post ___
- Puntaje promedio de rúbrica (0-40): Pre ___ / Post ___

Umbral operativo declarado para fines del programa:

- **1/0: límitrofe**
- **$\geq 1/1$: positivo probable radiográfico**, sujeto a correlación clínico-ocupacional.

Declaración de alcance: este documento refleja **aprovechamiento y desempeño formativo** en entrenamiento OIT. **No otorga certificación NIOSH B Reader** (competencia certificada por examen).

Firma: _____ Cargo: _____
Fecha de expedición: //____ Ciudad: _____