SENA siqa

Versión 01

Código: GEE-F-009

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo

Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Emprende Rural

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA: PUERTO LIBERTADOR - JOAN JOSE 19-04-2021

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO

COMPETENCIA: CONSOLIDAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL SEGUN MODELO DE GESTION

RESULTADO DE APRENDIZAJE: DOCUMENTAR HECHOS ECONOMICOS SEGUN NORMATIVIDAD LEGAL Y TRIBUTARIA VIGENTE

FICHA: 2301958

AMBIENTE: SEDE EL CRI

HORARIO: 10:00 - 18:00

PROGRAMA DE FORMACIÓN: FORTALECIMIENTO EN GESTION ORGANIZACIONAL

FECHA Y FIRMA

N°	NOMBRES	Y APELLIDOS	CC/TI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO/IP	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Roberto Antonio	Dominguez Chamorro	11007307		3127245850	Roberto Dominguez						
2	Hagafis	Jaramillo	1063359661		3178468960	Hagafi Jaramillo						
3	Cristina	Ruiz	1063754575		3103565644	Cristina Ruiz						
4	Francia	Lucas	50998476		3012607070	Francia Lucas						
5	Soraida	Ortega	1067461390		3136246809							
6	Mario Cecilio	Herrera Rios	50.997980	mario.herrera@hot	3103565649	Mario @ Herrera						
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

Nombre el instructor

Firma del Instructor

Nombre representante grupo

Firma del representante grupo

SENA siga

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo

Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Emprende Rural

Versión: 01

Código: GEE-F-009

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA: PUERTO LIBERTADOR - JUAN JOSE - 20-04-2021

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO

COMPETENCIA: CONSOLIDAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL SEGUN MODELO DE GESTION

RESULTADO DE APRENDIZAJE: DOCUMENTAR HECHOS ECONOMICOS SEGUN NORMATIVIDAD LEGAL Y TRIBUTARIA VIGENTE

FICHA: 2301458

AMBIENTE: SEDE CRI

HORARIO: 10:00 - 18:00

PROGRAMA DE FORMACIÓN: FORTALECIMIENTO EN GESTION ORGANIZACIONAL

N°	NOMBRES	APELLIDOS	CC/TI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO/IP	FECHA Y FIRMA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Martha Cecilia	Herrera Ruiz	50-997930	marthkah@hotm	3103565649		Martha Herrera.					
2	Francia	Lucas	50996475		3012682012		Francia Lucas					
3	Magalis	Jaramillo	1063359601		3178968967		Magalis Jaramillo					
4	Roberto Antonio	Dominguez Chanona	11.001807		3127740850		Roberto Dominguez					
5	Cristina	Ruiz	1063345575		3103565649		Cristina Ruiz					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

Nombre el instructor

Firma del Instructor

Nombre representante grupo

Firma del representante grupo

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 19 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2021

OBJETIVO (S) CONSOLIDAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN MODELO DE GESTIÓN

No.	Autorizo el tratamiento de la Información SI / NO. Si marca No por favor no diligencie el formato.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
	SI	Cristina Ruiz	1063354895						3103565694	X	Cristina Ruiz
	SI	Francia Lucas	50998435						3192887020	X	Francia Lucas
	SI	Martha C Herrera	50.997.930						3103565694	X	Martha C Herrera
	SI	Roberto Domínguez	11.001307						3127740850	X	Roberto Domínguez
	SI	Magali Jaramillo	1063359469						3128468967	X	Magali Jaramillo

Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER

REGIONAL: CORDOBA
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO
CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: PUERTO LIBERTADOR - JUAN JOSE
FECHA: 19-04-2021
NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: WILLIAN ALFONSO FUENTES VARGAS ROL: INSTRUCTOR
ACTIVIDAD DESARROLLADA: CONSOLIDAR LA COHORTA ORDINARIA CLONAR SEGUN MODELO DE GESTION
NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2301958 - 2301958
LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:
HORARIO: 10 - 18.00

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELEFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas con Covid-19 o que están a la espera de resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha presentado síntomas asociados al Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o el gusto, diarrea, conjuntivitis o malestar general		El aprendiz se presenta con los elementos de bioseguridad (mínimo tapabocas)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Martha Cecilia	Herrera Rios	50991930	3103565649	martikahr@hotmail.com		X		X		X	X		Martha @. Herrera.
2	Roberto Antonio	Dominguez Chamorro	11001307	3127740850			X		X		X	X		Roberto Dominguez.
3	Cristina Sa	Ruiz	1063354525	323.5973882			X		X		X	X		Cristina Ruiz
4	Magalis	Jaramillo M	1063359601	3128468967			X		X		X	X		Magalis Jaramillo
5	Francia	Lucas	50998475	3012887020			X		X		X	X		Francia Lucas
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														

Firma del responsable