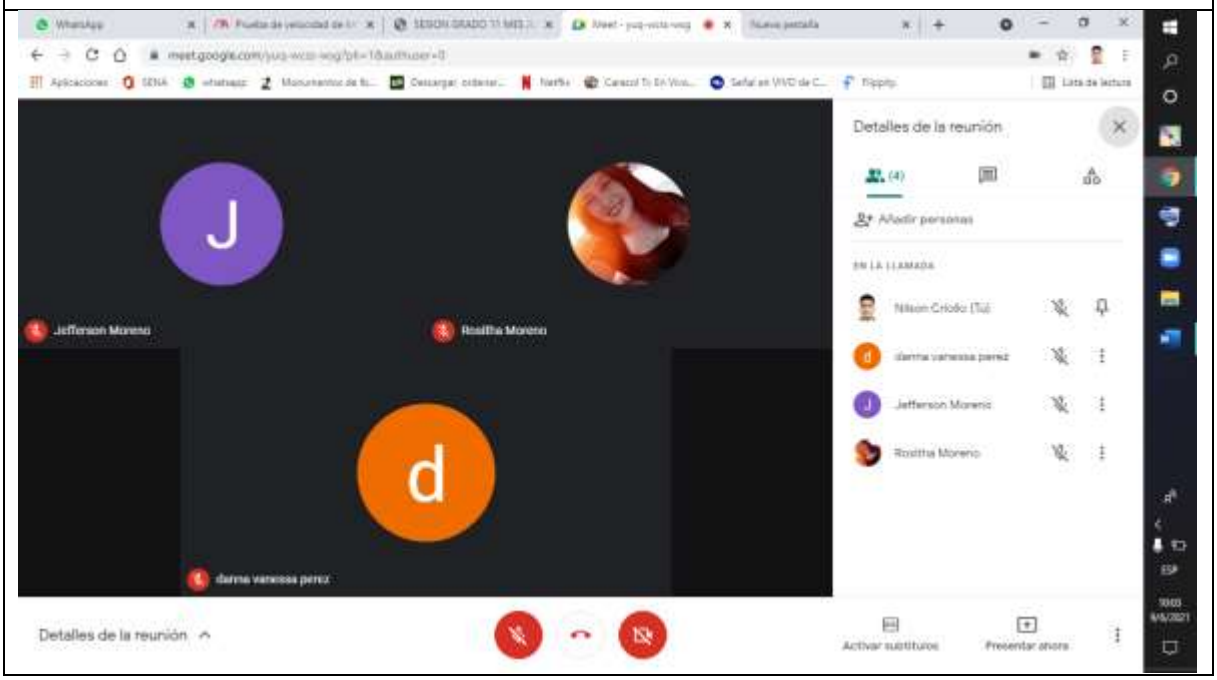
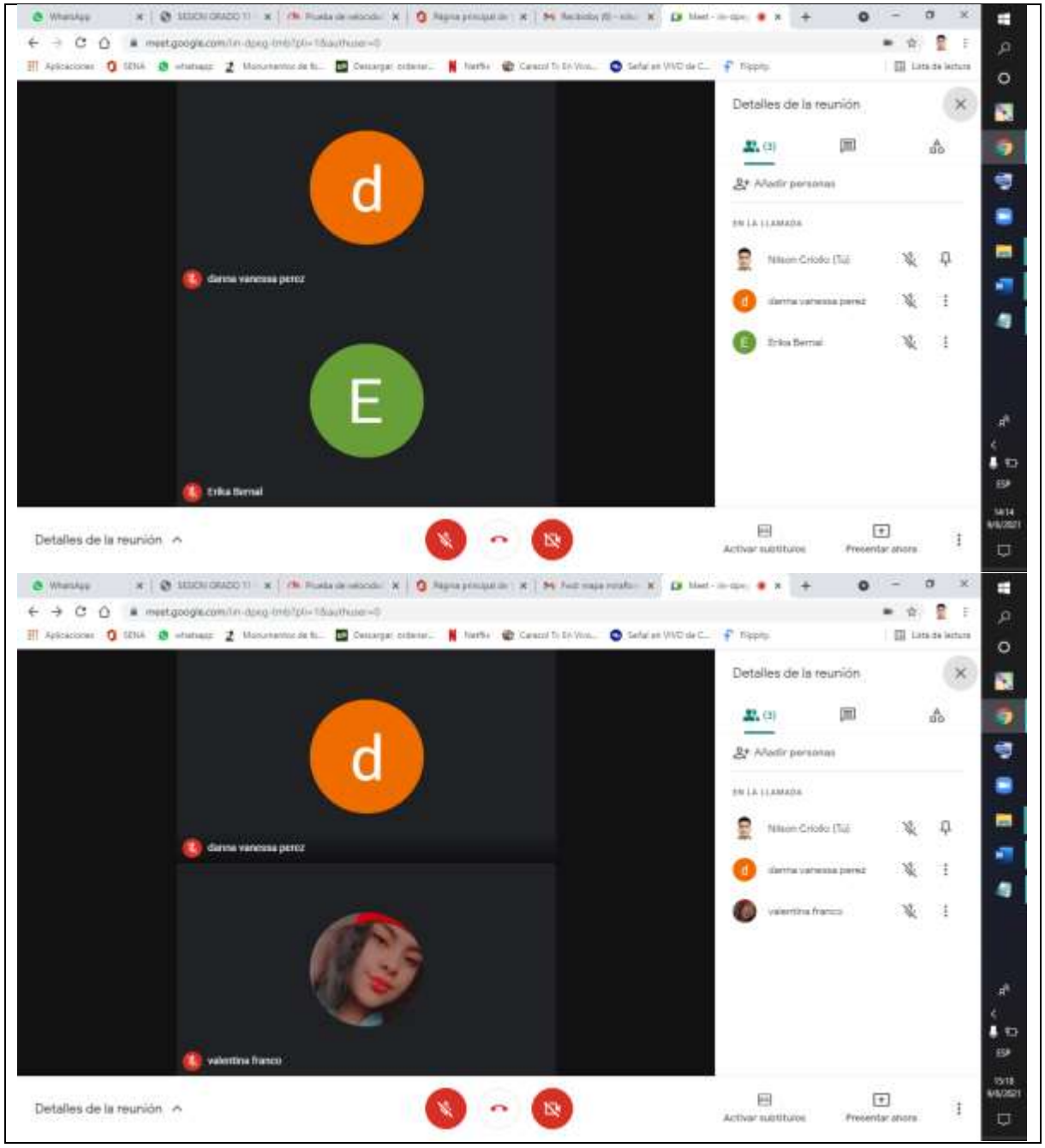
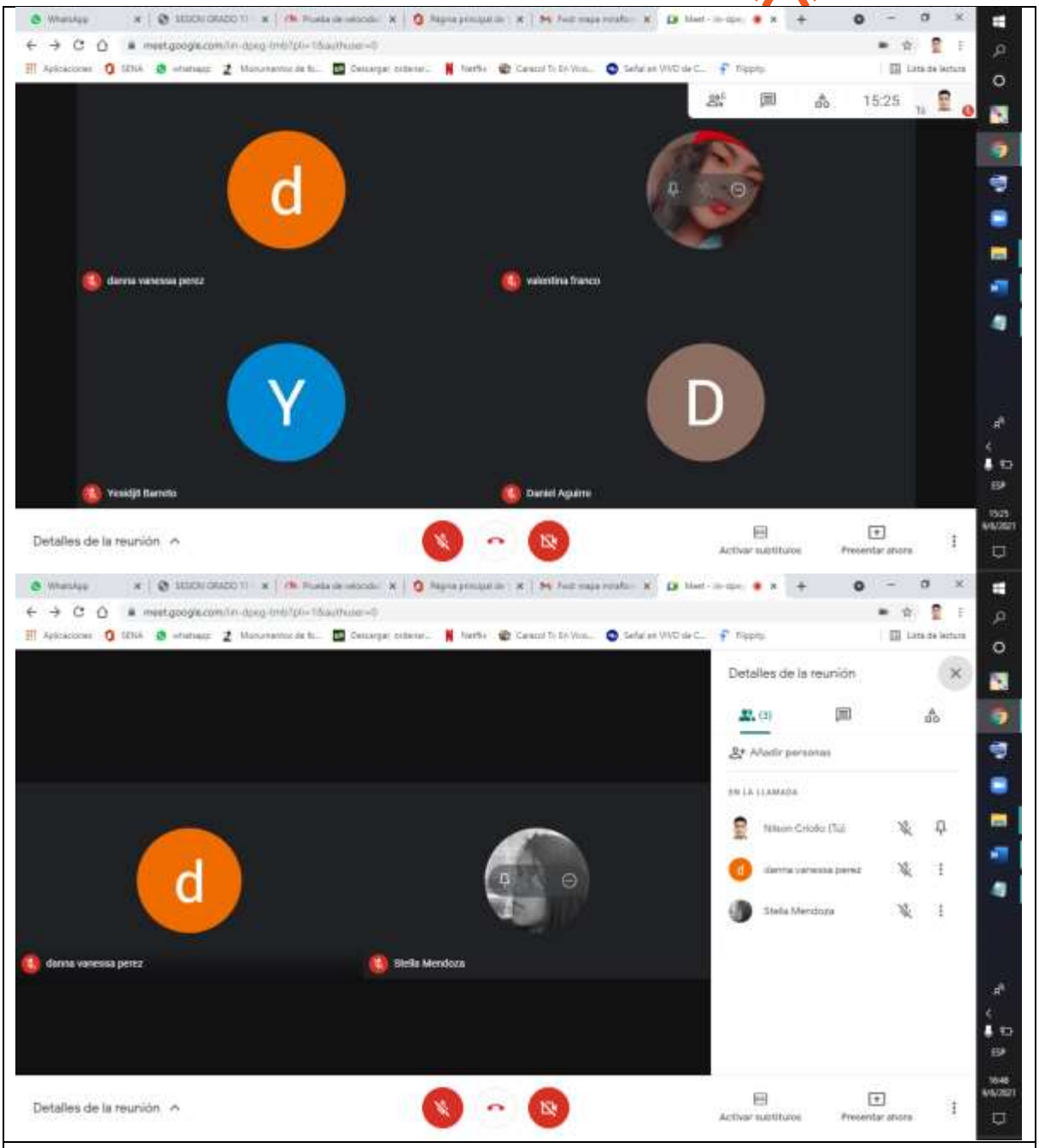
ACTA No.		
REUNIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA ARTICULADA		
CIUDAD Y FECHA: 24 de junio de 2021	**HORA INICIO: 7:00**	**HORA FIN: 17:00**
LUGAR Y/O ENLACE: https://meet.google.com/yuq-wcss-wsg	**DIRECCIÓN GENERAL / REGIONAL BOYACÁ/ CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**	
AGENDA O PUNTOS PARA DESARROLLAR: Desarrollar actividades de formación profesional integral de acuerdo con el proyecto formativo planteado para los aprendices de la Institución Educativa técnica miraflores		
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Indicar las acciones de formación adelantadas en la Institución Educativa con el grado __11_____ que corresponde a la ficha de caracterización N		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		




Detalles de la reunión
Añadir personas
EN LA LLAMADA
Nilson Criollo (Tú)
darina vanessa perez
Erika Bernal
d
E
darina vanessa perez
Erika Bernal
Detalles de la reunión
Activar subtítulos
Presentar ahora
Detalles de la reunión
Añadir personas
EN LA LLAMADA
Nilson Criollo (Tú)
darina vanessa perez
valentina franco
d
darina vanessa perez
valentina franco
Detalles de la reunión
Activar subtítulos
Presentar ahora



De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales se debe garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA solicita la siguiente clasificación de la información:

La información de este documento se debe clasificar como:

PÚBLICA [ ] **PRIVADO** [ ] **SEMIPRIVADO** [x] **SENSIBLE** [ ]

Nota: Antes de contestar esta informacional por favor remitirse al instructivo

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

ASISTENTES: (Incorporar registro de asistencia)

Nota: Puede incluirse imagen o captura de pantalla de los asistentes, si se trata de una reunión virtual o, de los asistentes que participan a través de una plataforma virtual.

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA_____ DEL MES DE_____ DEL AÑO 20

OBJETIVO (S)	

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

