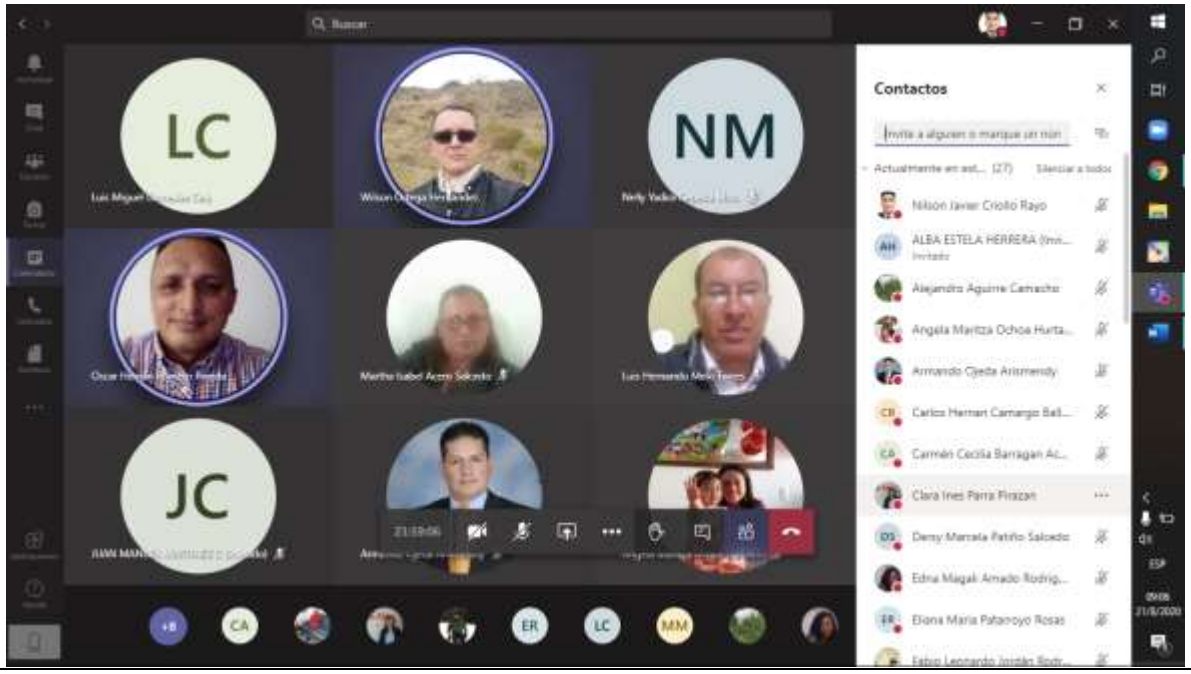
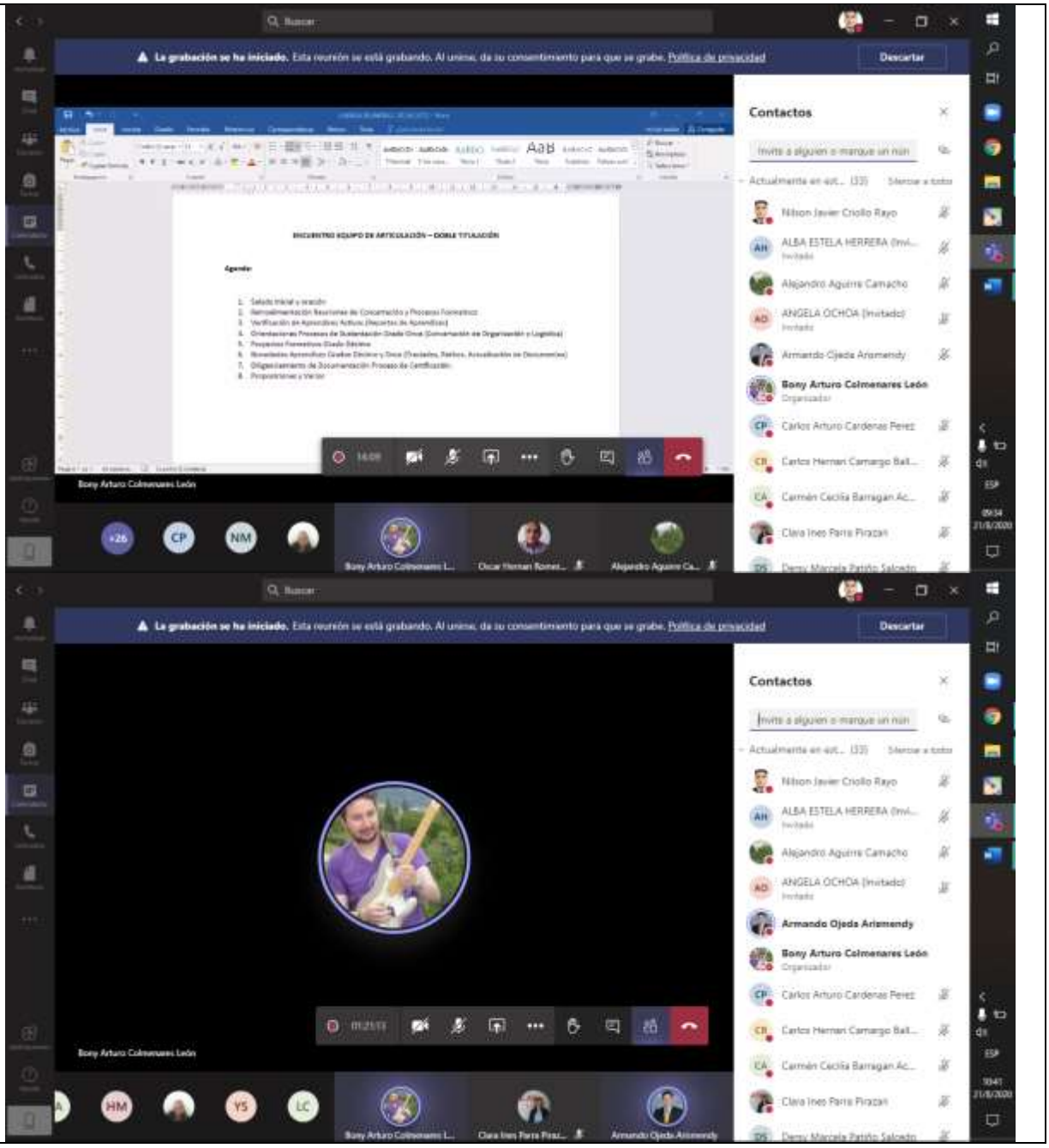
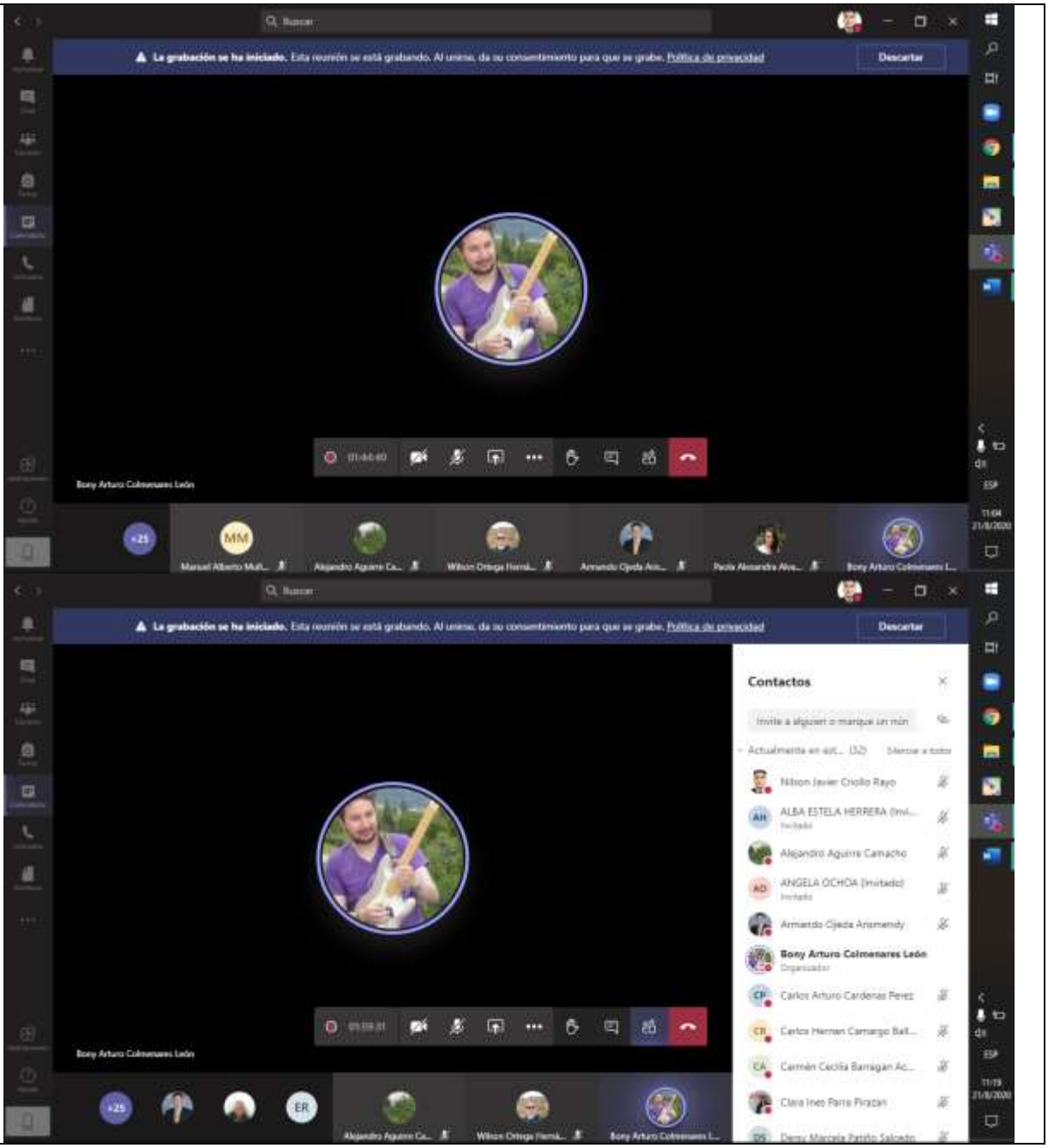
ACTA No.		
REUNIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA ARTICULADA		
CIUDAD Y FECHA: 21 de agosto de 2020	**HORA INICIO: 9:00**	**HORA FIN: 11:00**
LUGAR:	**DIRECCIÓN GENERAL / REGIONAL BOYACÁ/ CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**	
TEMA (S): Desarrollar actividades de formación profesional integral de acuerdo al proyecto formativo planteado para los aprendices de la Institución Educativa		
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Indicar las acciones de formación adelantadas en la Institución Educativa con el grado _____ que corresponde a la ficha de caracterización N° _____		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		
Reunión articulación para socializar los parámetros de sustentación y fechas 		


La grabación se ha iniciado. Esta reunión se está grabando. Al unirse, da su consentimiento para que se grabe. Política de privacidad
Descartar
Contactos
Invite a alguien o marque un nún
Nilson Javier Criollo Rayo
ALBA ESTELA HERRERA (Invi...
Alejandro Aguirre Camacho
ANGELA OCHOA (Invitado)
Armando Ojeda Arismendy
Bony Arturo Colmenares León
Organizador
Carlos Arturo Cardenas Perez
Carlos Hernan Camargo Ball...
Carmen Cecilia Barragan Ac...
Clara Ines Parra Pinzon
Bony Arturo Colmenares León
Armando Ojeda Arismendy
Bony Arturo Colmenares León
Organizador


La grabación se ha iniciado. Esta reunión se está grabando. Al unirse, da su consentimiento para que se grabe. Política de privacidad
Descartar
Contactos
Invite a alguien o marque un núm
Nilson Javier Criollo Rayo
ALBA ESTELA HERRERA (Invi...
Alejandro Aguirre Camacho
ANGELA OCHOA (Invitado)
Armando Ojeda Aromendy
Bony Arturo Colmenares León
Organizador
Carlos Arturo Cardenas Perez
Carmen Cecilia Barragan Ac...
Claro Ines Parra Pirazan


ASISTENCIA 21 DE AGOSTO - REUNIÓN GENERAL ARTICULACIÓN - DOBLE TITULACIÓN
* Obligatorio
1. ESCRIBA SUS NOMBRES Y APELLIDOS *
NELSON JAVIER CRIOLLO RAYO
2. ESCRIBA SU NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD *


ASISTENCIA 21 DE AGOSTO – REUNIÓN GENERAL ARTICULACIÓN – DOBLE TITULACIÓN
Gracias.
La respuesta se ha enviado.
Enviar otra respuesta

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
ASISTENTES: (Incorporar registro de asistencia)		

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ACTA No- DEL DÍA_____ DEL MES DE_____ DEL AÑO 2020

OBJETIVO (S)	

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN		EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SENA	FIRMA
			PLANTA	CONTRATISTA				
	Nilson Javier criollo rayo	1110491438		x	Sena	njcriollo@sena.edu.co	3104850951	