

1990

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Empresa Rural

Versión: 0
Código: GEF-F-009

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha:

Baibaca V. la Bermeja.

Centro de Formación:

Comercio y Servicios.

Competencia:

Coordinar proyectos de acuerdo con los planes y programas establecidos.

Resultado de Aprendizaje:

Definir el emprendimiento y características del emprendedor.

Programa de Formación:

Productos de Asesor.

Horario:

2pm

Fecha y Firma

16-11-20 17-11-20

N°	Nombre	Apellidos	CC/TI	Correo Electrónico	Teléfono/JP	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Yurani	Samboani	1059354210		3126988568	Yurani	Yurani					
2	Carmenza	Samboani	1059354210		3126988568	Carmenza	Carmenza					
3	Yurifermanda	Condocha	1059359065		3119063405	Yuri	Yuri					
4	Elinda	Ruiz	25597353		322634774	Elinda	Elinda					
5	Sofia Valentina	Quintero	1064834683		3126682467	Sofia V	Sofia V					
6	Diana	Odrado Ruiz	100483624		3148091857	Diana	Diana					
7	Mónica Dianey	Macías B	105936198		3223243688	Mónica D	Mónica D					
8	Yani H	Sanzalet	25597186		3204905010	Yani	Yani					
9	Yolanda	Sanzalet	1004836033		314659158	Yolanda	Yolanda					
10	Yolanda	Sanzalet	2597361		3204905010	Yolanda	Yolanda					
11	Yolanda	Sanzalet	1057361626		3204905010	Yolanda	Yolanda					
12	María Adelaida	Camilo	38461717		3215330498	Adelaida	Adelaida					
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Jenny Arends

Nombre el instructor

Jenny Arends

Nombre el representante grupo

Yolanda Quintero

Nombre representante grupo

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: CARACAS									
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: Comercio y Servicios									
CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: Balboa y La Berrugosa									
FECHA: 16/11/20									
NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Jenny Arellano									
ACTIVIDAD DESARROLLADA: Intervenciones de Emprendimiento Comercialización, Replanteamiento de Atenciones al cliente									
NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2105080									
LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: Quica aprendiz									
HORARIO: 9am - 2pm									

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/CI	TELÉFONO/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, conjuntivitis o malestar general		El aprendiz presenta con los elementos de bioseguridad (mínimo 12aplicaciones)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Nurani	SOUSA	1058355137	3218810243										Nurani Soosa
2	Carla	Sanborn	1058355120	512658588										Carla Sanborn
3	Yvett	Cardona	105935460	3172063105										Yvett Cardona
4	Elinda	Ruiz	25583537											Elinda Ruiz
5	Doña	Valencia Quintero	106283274	314821850										Doña Valencia Quintero
6	Monica	Dioner Haces	105936178	3127214305										Monica Dioner Haces
7	Monica	Sanborn	1058355137	3127214305										Monica Sanborn
8	Yvett	Cardona	105935460	3172063105										Yvett Cardona
9	Yvett	Cardona	105935460	3172063105										Yvett Cardona
10	Yvett	Cardona	105935460	3172063105										Yvett Cardona
11	Yvett	Cardona	105935460	3172063105										Yvett Cardona
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Firma del responsable: Jenny Arellano

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: Cauca

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: Comercio y Servicios

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:

FECHA: 19-NOV-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Jenny Arevalo ROL: Instructora de Emprendimiento

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Reglamento Interno, Logo, Conuao, Comercialización

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN):

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: Maloka

HORARIO: 8am - 1pm

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELÉFONO/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	Adolfo	Gonzalez	16349442	312827385	Adikantongano		X		X		X	X		 JENNY AREVALO EDILMA C.
2	Andrés	Beltrán	186774114	372981692		X		X		X	X	X		
3	DUVAN	200216057	114419412	322534939		X		X		X	X	X		
4	Edilma	Lopez	41119206	311695099		X		X		X	X	X		
5	Luz	Palacios	144183519	3162019052		X		X		X	X	X		
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Firma responsable: Jenny Arevalo

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha:

Corinto

Centro de Formación:

Comercio y Servicios de acuerdo con los planes y programas establecidos.

Competencia:

Coordinar Proyectos

Resultado de Aprendizaje:

Definir el emprendimiento y las características del emprendedor.

Programa de Formación:

Emp. Productos Confiables

Ambiente:

Kaloka

Horario:

8 am - 1 pm

N°	Nombre	Apellidos	CC/TI	Correo Electrónico	Teléfono /P	Fecha y Firma						
						LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Plugo	Palacio P.	114183519	emg.palacio	3128419813				☒			
2	Edima	10822	47-1102066		3136250374				☒			
3	Duván	Rodriguez	114419412	rodruget391	3225334474				☒			
4	Edima	Lopez	41-779206		3172123474				☒			
5	Elisbeth	Solorte	100699504		3162415052				☒			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Nombre del instructor

Denise

Nombre representante grupo

Duvan Rodriguez

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: CAOCA

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: COMERCIO Y SERVICIOS

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: DORE V. LA GRANJA

FECHA: 28-NOV-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: JENNY AREVALO ROL: INSTRUCTORA

ACTIVIDAD DESARROLLADA: REGISTRO INTERNO - COMERCIALIZACION

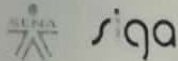
NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2097015

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: CASA ARRENDIZ

HORARIO: 9am - 2 pm

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELÉFONO/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	Ingrid Luciana	Asturillo	1144215191	3215669640			X				V		X	Ingrid Asturillo
2	Kelly Johana	Muñoz Hoyos	1002803334	3202410069	munozhoyos@hul-			V		X		V	X	Kelly Muñoz
3	Aida	Acosta	17198198	221329143			X			X		V	X	Aida Acosta
4	Sandra Magaly	Cabrera U	34310109	3108162035			V			X		V	X	Sandra Cabrera
5	Andrea	Cabrera	1002803334	3125641643			V			X		V	X	Andrea Cabrera
6	Edinson	Barrios	21622498	3125641643			X			X		V	X	Edinson Barrios
7	Olivia	Cabrera	25322998	35013898			X			X		V	X	Olivia Cabrera
8	Marisol	Cabrera	1002803334	3125641643			X			X		V	X	Marisol Cabrera
9	Suzmin	Cabrera	10617426	3125641643			X			X		V	X	Suzmin C.
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Firma de responsable: Jenny Arevalo



Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Empeende Rural

Versión: 01
Código: GEE-F-009

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA: SUCRE V. LA GRANJA
CENTRO DE FORMACIÓN: COMERCIO Y SERVICIOS
COMPETENCIA: COORDINAR PROYECTOS DE ACUERDO CON LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS
RESULTADO DE APRENDIZAJE: DEFINIR EL EMPRENDIMIENTO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL EMPRENDEDOR FICHA: 2097015
AMBIENTE: CASA APRENDIZ PROGRAMA DE FORMACIÓN: Emp. Producción PANIFICABLES
HORARIO: 9AM - 2PM FECHA Y FIRMA: 28-11-20

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CE/TE	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO/IP	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Ingrid Lorena	Astudillo	114452591	—	321522640						Ingrid Astudillo	
2	Kelly Johana	Moñoz	1002803734	—	32026110909						Kelly Moñoz	
3	Aida	Aosta	27498198		3213692423						Aida Aosta	
4	Sandra Magali	Cabrera	34324109		3105162435						Sandra Cabrera	
5	Andrea	Gomez	10009562		3381133						Andrea Gomez	
6	Aldeanillo	Gomez	11622498		312599123						Aldeanillo Gomez	
7	Jazmin	Cabrera	1061742641		3182897371						Jazmin C.	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Jenny Arvalo
Nombre el instructor
Jazmin Cabrera
Nombre representante grupo

Jenny Arvalo
Firma del instructor
Jazmin
Firma del representante grupo

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: Cauca

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: Centro de Comercio y Servicios

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:

FECHA: 20-11-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Jenny Arevalo ROL: Instructora Emprendimiento

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Reglamento, Productos Innovador, Comercialización

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2194665

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: Cauca aprendiz

HORARIO: 9am - 1pm

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELÉFONO/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	Zudilma	Montenegro	3444551	3127651774		X		X		X		X		Jenny Arevalo
2	Yoly	Montenegro	3444558	31666267		X		X		X		X		Yoly
3	Dilem	Montenegro	3444592	3167610530		X		X		X		X		Dilem
4	Yisela	Montenegro	1061800222	3116324217		X		X		X		X		Yisela
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Firma del responsable: Jenny Arevalo

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha:

Centro de Formación:

Competencia:

Resultado de Aprendizaje:

Ambiente:

Horario:

Programa de Formación:

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Emprendimiento y sus características

Fecha y Firma

20-11-20

21/11/20

22/11/20

23/11/20

24/11/20

25/11/20

26/11/20

27/11/20

28/11/20

29/11/20

30/11/20

31/11/20

01/12/20

02/12/20

03/12/20

04/12/20

05/12/20

06/12/20

07/12/20

08/12/20

09/12/20

10/12/20

11/12/20

12/12/20

13/12/20

14/12/20

15/12/20

16/12/20

17/12/20

18/12/20

19/12/20

20/12/20

21/12/20

22/12/20

23/12/20

24/12/20

25/12/20

26/12/20

27/12/20

28/12/20

29/12/20

30/12/20

31/12/20

01/01/21

02/01/21

03/01/21

04/01/21

05/01/21

06/01/21

07/01/21

08/01/21

Versión 01
Codigo: GEE-F-009

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL:

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA:

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:

FECHA:

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD DESARROLLADA:

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN):

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

HORARIO:

ROL:

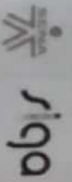
INSTRUCTORA DE EMPRENDIMIENTO

FIRMA PARTICIPANTE

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/CI	TELÉFONO/CEL.	E-MAIL	Actualmente encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba	SI	NO	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	SI	NO	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	SI	NO	El aprendiz presenta con los elementos de seguridad (máscara, tapabocas)	SI	NO	FIRMA PARTICIPANTE
1	Paola A. Sánchez	Cerrica	25309505	350197544														Paola H. S.
2	Lidia García	Huila	34371360	319999711														Lidia García
3	Isabel	Ortega	410000000	315000000														Isabel Ortega
4	Yolanda	Ortega	410000000	315000000														Yolanda Ortega
5	Yolanda	Ortega	410000000	315000000														Yolanda Ortega
6	Yolanda	Ortega	410000000	315000000														Yolanda Ortega
7	Yolanda	Ortega	410000000	315000000														Yolanda Ortega
8	Yolanda	Ortega	410000000	315000000														Yolanda Ortega
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

Firma del responsable

[Firma manuscrita]



Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Emprrende Rural

versión 01
Código: 001-F-009

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha: El Tambo, municipios

Centro de Formación: Comercio y Servicios

Competencia: Capacitar al personal de comercio con pleno y proyecto emprendedor

Resultado de Aprendizaje: Definir el emprendimiento y características del emprendedor

Ámbito: Área emprendimiento

Programa de Formación: Gerencia de Negocio

Horario: 8 am - 2 pm

Fecha y Firma

20-11-20

Paola H.

Hilda Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Firma del instructor

Paola H.

Hilda Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Nombre del instructor

Paola H.

Hilda Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Nombre representante grupo

Paola H.

Hilda Garza

Juliana Garza

Juliana Garza

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL:		CAUCA.	
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA:		CONCEPCION Y SERVICIOS	
CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:		SISTERA V. LA PALACENCIA	
FECHA:		27-NOV-20	
NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD:		ROD: INSTRUCTORA	
ACTIVIDAD DESARROLLADA:		CONFORMACION Unidad Productiva, Logo, Logos, Reclutamiento interno	
NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN):		2216136	
LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:		Cauca	
HORARIO:		8am - 2pm	

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/CI	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Yenny	Arreola	345846	30188575		X											
2	ANA	SO. T. C. L. C.	312841	346559													
3	Yulein Talaro	Arreola	10018109	31616589		X											
4	JOZ ANTONIA	Arreola	95287882	313575028		X											
5	JOZ ANTONIA	Arreola	4560504	314661608		X											
6	JOZ ANTONIA	Arreola	100443074	321534637		X											
7	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
8	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
9	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
10	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
11	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
12	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
13	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
14	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
15	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
16	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
17	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
18	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
19	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
20	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
21	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
22	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
23	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
24	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
25	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
26	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
27	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
28	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
29	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											
30	JOZ ANTONIA	Arreola	38552147	38552147		X											

Firma del responsable

[Firma manuscrita]

FIRMA PARTICIPANTE

[Firmas manuscritas de los participantes]

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha: El Tiemblo y. Muequetio 23-Nov-20

Centro de Formación:

Competencia:

Resultado de Aprendizaje:

Amiente:

Horario:

Programa de Formación:

Emp. Construcción típica rural

Fecha y Firma

Viernes

Sábado

Domingo

23-11-20

27-11-20

28-11-20

29-11-20

30-11-20

1-12-20

2-12-20

3-12-20

4-12-20

5-12-20

6-12-20

7-12-20

8-12-20

9-12-20

10-12-20

11-12-20

12-12-20

13-12-20

14-12-20

15-12-20

16-12-20

17-12-20

18-12-20

19-12-20

20-12-20

21-12-20

22-12-20

23-12-20

24-12-20

25-12-20

26-12-20

27-12-20

28-12-20

29-12-20

30-12-20

31-12-20

1-01-21

2-01-21

3-01-21

4-01-21

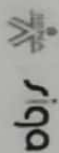
5-01-21

6-01-21

7-01-21

8-01-21

9-01-21



Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Empeunde Rural

Version: 01

Código: GEF-F-009

Ciudad, MUN. CIPRO Y/O VEREDA Y FECHA: El camelo Socre. 28-11-20.

COMPETENCIA: Capacitar y desarrollar
RESULTADO DE APRENDIZAJE: Definir el emprendimiento y los factores de éxito del emprendimiento
AMBIENTE: Casa
MONITOR: Oscar Pina

N°	NOMBRE	APELLIDOS	C.C.T.	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO/IP	FECHA Y FIRMA						
						LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Alina	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
2	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
3	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
4	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
5	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
6	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
7	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
8	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
9	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
10	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
11	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
12	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
13	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
14	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
15	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
16	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
17	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
18	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
19	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
20	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
21	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
22	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
23	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
24	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
25	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
26	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
27	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
28	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
29	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				
30	Esra	Castro	31357104		310423417			28-11-20				

Nombre del instructor: Oscar Pina

Firma del instructor: Oscar Pina

Nombre representante grupo: Oscar Pina

Firma del representante grupo: Oscar Pina

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: Morona

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: Comercio y Servicios

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: Esmeraldas y El Carmelo

FECHA: 23-11-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Jaime Arellano

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Requisitos internos - Comercialización - atención al cliente

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2093014

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: Edon Comuna 1

HORARIO: 9 am - 2 pm

N°	NOMBRE	APELLIDOS	C.C./I	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba	Se dio positivo en 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 presenta con los elementos de (mínimo tapabocas)	FIRMA PARTICIPANTE
1	Luciana	Isabel	1193235370	3147362012			X	X		X	Luciana R.
2	Alina	Carolina	34539109	3216924443			X	X		X	Alina R.
3	María	Isabel	311634404	32134835			X	X		X	María U.
4	María	Isabel	34613112	3133163217			X	X		X	María S.
5	Alina	Isabel	34613112	3133163217			X	X		X	Alina R.
6	Luciana	Isabel	1111155555	3124462975			X	X		X	Luciana S.
7	María	Isabel	1111155555	3124462975			X	X		X	María S.
8	María	Isabel	1111155555	3124462975			X	X		X	María S.
9	María	Isabel	1111155555	3124462975			X	X		X	María S.
10	María	Isabel	1111155555	3124462975			X	X		X	María S.
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

Firma del responsable: Julio Celis

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: <u>Cusco</u>									
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: <u>Proyecto y Servicio</u>									
CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: <u>la Vega y. Altimira</u>									
FECHA: <u>30-NOV-20</u>									
NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: <u>servicio social Arevalo</u>									
ACTIVIDAD DESARROLLADA: <u>Modelo de Evaluación de Emprendimientos</u>									
LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: <u>Modelo de Evaluación de Emprendimientos</u>									
HORARIO: <u>9am - 2pm</u>									
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: <u>Salon Comunal</u>									

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/CI	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba	SI	NO	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	SI	NO	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, conjuntivitis o mamparo general	SI	NO	SI presenta los síntomas de alarma (fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, conjuntivitis o mamparo general)	SI	NO	FIRMA PARTICIPANTE
1	Enka Isabel	Muroz	1143187990	316264558	enka.muroz@gmail.com			X			X			X				Enka Muroz
2	Malbec	Muroz	1068712052	3203104434				X			X			X				Malbec Muroz
3	Adriana Llanos	Carso Llanos	1060997124	3132411155	adriana.llanos@gmail.com			X			X			X				Adriana Llanos
4	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
5	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
6	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
7	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
8	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
9	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
10	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
11	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
12	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
13	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
14	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
15	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
16	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
17	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
18	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
19	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
20	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
21	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
22	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
23	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
24	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
25	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
26	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
27	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
28	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
29	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos
30	Yann Carlos	Gutierrez	1002511398	3131061116				X			X			X				Yann Carlos

Firma del responsable

[Firma manuscrita]

1990

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Empeende Rural

Version: 0
Codigo: GE-1-308

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha: La Vega, V. Altamira 30-11-16

Centro de Formación:

Comercio y Servicios con los proyectos con los planes y programas establecidos

Competencia:

Coordinar proyectos con los planes y programas establecidos

Resultado de Aprendizaje:

Coordinar el emprendimiento y las características del emprendedor

Asistente:

COCA experiencia

Horario:

9am - 2pm

Programa de Formación:

Emp. Termino

30-11-20

Fecha y Firma

N°	Nombre	Apellidos	CC/TI	Correo Electrónico	Teléfono/cp	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Enka Isabel	Muñoz Zermeno	1143989940	enkaizermeno@gmail.com	316264568	Enka Muñoz						
2	Maibea Chavarr	Muñoz M	1000992052		313314414	Maibea Muñoz						
3	Adrian Gamalo	Quintero	1000991122	adriangamalo@gmail.com	313714186	Adrian Gamalo						
4	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313710616	Yanet Cordero						
5	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		321530024	Yanet Cordero						
6	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		311251474	Yanet Cordero						
7	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		311744126	Yanet Cordero						
8	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313712351	Yanet Cordero						
9	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313264568	Yanet Cordero						
10	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313264568	Yanet Cordero						
11	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313264568	Yanet Cordero						
12	Yanet Cordero	Quintero	1002186581		313264568	Yanet Cordero						
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Yanet Acevedo

Yanet A.

Elisabeth Lopez

Elisabeth Lopez