
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA:

Y/O VENDEDOR:

4 December 2020

Jenny Freese

Graph 12cccn B

2150470

DE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

12

[illegible]

Ables

CEDULA, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA:

caibarió 4- Dic - 20

CENTRO DE FORMACIÓN:

Comercio y Servicios

COMPETENCIA:

Realizar el emprendimiento y sus características en la planeación

RESULTADO DE APRENDIZAJE:

Definir el emprendimiento y sus características

ASISTENTE:

Personal emprendimiento

MODULO:

gan - 2.º

Emp. Sociales Antecedentes

FECHA Y FIRMA

21/02/20

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	CÉDULA	COMBO ELECTRONICO	TELEFONO/F	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Jenny Bec	Aneallo	3452467		30288970			Jenny Bec				
2	Milda Yario	Silveira	25348102		314766482			Milda Yario				
3	Alfon	Campana	9440484		314232			Alfon				
4	Henry Lualla	Paula	25348714		30220078			Henry Lualla				
5	Fortha Lucia	Fernand	25348734	55marte	3004822981			Fortha Lucia				
6	Milly Camila	Claver	40600374		302246711			Milly Camila				
7	Jose Alberto	Flora	106010493		316862228			Jose Alberto				
8	Deise Reinando		25348781		301263917			Deise Reinando				
9	Brigida	Nolasco	25347869		3218416193			Brigida Nolasco				
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Jenny Aneallo

Jenny Aneallo

Fortha Reinando

Fortha Reinando

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: Caloto y Vereda de Guatí
 FECHA: 2-12-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Jenny Arevalo ROL: Instructora
 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Confirmación UP
 NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2098725

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

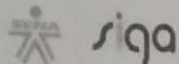
Escuela de la Vereda

HORARIO:

1pm - 5pm

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	Eida Doris	Benavente	25366957	32534664	Eida Doris Benavente		X		X		X	X	X	Eida Doris Benavente
2	Andrés	Reina	1061434386	3117851584	Andrés Reina		X		X		X	X	X	Andrés Reina
3	Deiby Juliana	Palacios	1199687753	3122129589	deiby1543@gmail		X		X		X	X	X	Deiby Juliana Palacios
4	Luisa Suarez	Ariza	1101510475	318778113	Ariza Suarez		X		X		X	X	X	Luisa Ariza
5	Nidia Valany	Benavente	34606516	3128613589	Nidia Valany Benavente		X		X		X	X	X	Nidia Valany Benavente
6	Kelly	Lamidez	1661433957	3161424622	Kelly Lamidez		X		X		X	X	X	Kelly Lamidez
7	Laura	Trujillo	111247786	321261476	Laura Trujillo		X		X		X	X	X	Laura Trujillo
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Jenny Arevalo Muñoz
 Firma del responsable



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

Versión: 01
Código: GEI-7-009

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA: Caloto V. Cruceiro de gual.
CENTRO DE FORMACIÓN: Comercio y servicios
COMPETENCIA: Coordinar proyectos con planes establecidos
RESULTADO DE APRENDIZAJE: Definir el emprendimiento y sus características
AMBIENTE: Escuela
PROGRAMA DE FORMACIÓN: Emp. sandalias artesanales
HORARIO: 1pm - 5pm
FECHA: 2098725

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO/FP	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Aida Doris	Banguero	25366059		32153416			Aida Doris				
2	Manantla	Reina C.	106143426		311755759			Manantla				
3	Deiby Juliana	Pakioi B	1149687753	deiby1543@gmail	312 212989			Deiby Juliana				
4	Luisa Fernanda	Arceza S.	1106104750	luisa@arceza.com	311 312270210			Luisa F.				
5	Nelyolany Banguero	Banguero	34606516		3128613589			Nelyolany				
6	Kelly Lander	Lander	3107424677	Kelly.lander@	3107424677			Kelly Lander				
7	Laura Marcela	Tijillo D	1112471756		312647176			Laura T.				
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Senny Arevalo
Nombre el instructor

Aida Doris
Nombre representante grupo

Jesús
Firma el instructor

Aida Doris
Firma del representante grupo

GEI-7-009 V01

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

REGIONAL:

Cacer

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA:

Comercio y Servicios

UBICACIÓN MUNICIPIO Y/O VEREDA:

Guachone V. el Guabag

FECHA:

10-12-20

NOMBRE DE QUIEN LLEVA LA ACTIVIDAD:

Jenny Lucie Arevalo

ACTIVIDAD DESARROLLADA:

Conformación U-P - Logo -

NÚMERO DE FOLIA (SOLO PARA FORMACIÓN):

2049226

DOCUMENTACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

Taller Cacacotero

INICIANDO:

qam - 2 pm

N°	NOMBRE	ARTÍCULO	C.C.N	TELÉFONO CEL	E-MAIL	Asistencia		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas (en caso de que esto se responda de resultados de la prueba)		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas (en caso de que esto se responda de resultados de la prueba)		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas (en caso de que esto se responda de resultados de la prueba)		Si aparece en presencia con los integrantes del equipo de trabajo		Firma participante
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Paola Loreto	101201	11445804	31920036			X		X		X		X		X	Paola Loreto
2	Dorinda	101201	11445804	31169098			X		X		X		X		X	Dorinda Loreto
3	Indiana	101201	11445804	3122911485			X		X		X		X		X	Indiana Loreto
4	Regina	101201	11445804	310604902			X		X		X		X		X	Regina Loreto
5	Quica	101201	11445804	3158121064			X		X		X		X		X	Quica Loreto
6	Patricia	101201	11445804	312110315			X		X		X		X		X	Patricia Loreto
7	Patricia	101201	11445804	312110315			X		X		X		X		X	Patricia Loreto
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

Juan Arevalo

1990

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarial
Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial SENA Empeñe Rural

Fecha: 10-12-20

Nombre del participante: Guadalupe V. Gualdani 10-12-20

Actividad: Taller de concientización y sensibilización sobre el emprendimiento y sus características
Duración: 9am - 2pm

10-12-20

100%

204772

Nº	Nombre	Apellido	CC	Código electrónico	Telefono	Unidad	Materia	Método	Fecha	Asistencia	Saludo	Observaciones
1	Paula	serafín	14146824	34024025					10-12-20	✓		Paula
2	Donatiana	Serrano	100130050	3113769050					10-12-20	✓		Donatiana
3	Indira	Lucena	119281885	312291455					10-12-20	✓		Indira
4	Angelina	10000000000000000000	34024025						10-12-20	✓		Angelina
5	Paula	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Paula
6	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
7	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
8	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
9	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
10	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
11	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
12	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
13	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
14	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
15	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
16	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
17	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
18	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
19	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
20	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
21	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
22	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
23	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
24	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
25	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
26	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
27	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
28	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
29	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana
30	Adriana	119281885	3113769050						10-12-20	✓		Adriana

Atte: Juan Arevalo
Adriana Gonzalez
Adriana Gonzalez

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: CORTIJEIRO Y SEGUICIOS

CURSO, MANEJO Y/O VEREDA: MEZADONES Y V. HOJAREPAS

FECHA: 11-DIC-20

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: JENNY AREVALO

ACTIVIDAD DESARROLLADA: COORDINADORA, ATENCION AL CLIENTE

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2194663

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

CASA AREVALO

INICIANDO:

9 am - 2 pm

N°	NOMBRE	APellidos	C.C.TN	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente		Durante los últimos 14 días ha estado en		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 nasosetorrea		Si presenta síntomas de (instituto reportados)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Olivia	Montenegro	3444944	316 666 666			X		X		X	X		Olivia Montenegro
2	Yolanda	Montenegro	3444944	316 666 666			X		X		X	X		Yolanda Montenegro
3	Yolanda	Montenegro	3444944	316 666 666			X		X		X	X		Yolanda Montenegro
4	Yolanda	Montenegro	3444944	316 666 666			X		X		X	X		Yolanda Montenegro
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														

JENNY AREVALO

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA:

CENTRO DE FORMACIÓN:

COMPETENCIA:

RESULTADO DE APRENDIZAJE:

AMBIENTE:

HORARIO:

MECANIDADES V. HOJAS 41-DIC-20.
CONFERENCIA Y DEBATES.
COORDINAR PROYECTOS DE ACUERDO A LOS PLANOS ESTABLECIDOS.
DEFINIR EL ENTORNO ALIMENTO Y SUS CARACTERÍSTICAS.
CASA APRENDIS.
qam-2pm
PROGRAMA DE FORMACIÓN
EMPREPRE PRODUCTOS PAULIFICADOS

FECHA Y FIRMA
11-12-20
VIERNES
Yoly Ibarra
Firma y U.
Yisela H. U.

N°	NOMBRE	APTITUDES	CC/CI	COMIENZO ELECTRONICO	TELÉFONO/IP	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Yoly Eduardine	Lbarrca	34445884		3160469863					Yoly Ibarra		
2	Zucilma	Montenegro	34445551		3127651114					Firma y U.		
3	Yisela	Montenegro	34445902		316760820					Yoly Ibarra		
4	Yisela	Montenegro	1061800222		3216924209					Yisela H. U.		
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 instructor

Firma del representante grupo

Yoly Eduardine

Yoly E

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 / EXPERIENCIA:

Comercio y servicios.

CUICAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:

El Tambo y Muequehu

BOCA:

5-DIC-20

NOMBRE DE QUIEN ESCRIBA LA ACTIVIDAD:

Jenny Arevalo

ACTIVIDAD DESARROLLADA:

Formación de la Unidad Productiva y Mejoramiento Interno

NÚMERO DE FICHA (SILO PARA FORMACIÓN):

2160603

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

CAUCA aprendiz

MODALIDAD:

Quem - 2pm

Nº	NOMBRE	APellidos	C.C./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, conjuntivitis o malestar general		El aprendiz presenta con los elementos de (máscara, tapabocas)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Jada B	Corzo	54316360	31229911			X		X		X		X		X	Jada Corzo
2	Stefany	García	431121	313410943			X		X		X		X		X	Stefany García
3	Stefany	García	10316360	313410943			X		X		X		X		X	Stefany García
4	Jesica	Quina	10316360	313410943			X		X		X		X		X	Jesica Quina
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																

Jenny Arevalo

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

REGIONAL: CANICA									
CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: COMERCIO Y SERVICIOS									
CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: EL TAMBO Y. USBOA									
FECHA: 7-DIC-20									
NOMBRE DE QUIEN EFECTUA LA ACTIVIDAD: Jenny Azevala									
ACTIVIDAD DESARROLLADA: REUNION UNIDAD PRODUCTIVA									
NUMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 2098197									
LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: POULDEPDETIVO									
HORARIO: 9am - 2pm									

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	CEL/TEL	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba	Se 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 estado en contacto con personas con síntomas de Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, conjuntivitis o malestar general	Si aprenda se presenta con los elementos de bioseguridad (pañuelo, tapabocas)	FINA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	
1	Nidia	OSORIO DIAZ	312263547							
2	Luz Huma	LOPEZ	312263547							
3	Blanca	LOPEZ	312263547							
4	Diana	LOPEZ	312263547							
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										

Jenny Azevala

Ciudad, Municipio y/o Vereda y Fecha: EL TANDU Y, COBOA

Centro de Formación: COMERCIO Y SERVICIO

Competencia: Manejo de recursos humanos y financieros

Resultado de Aprendizaje: Definir el emprendimiento y sus características

Ambiente: PRACTICANDO

Horario: 9am - 2pm

Programa de Formación: EMPRENDIMIENTO

Fecha y Firma

Fecha y Firma

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/IT	COMIENZO ELECTRONICO	TELÉFONO/PP	UNITS	MAÑANA	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Olga Leticia	Castro	106688888		351835013	Olga Castro						
2	Nidia	Castro	2611496		312851418	Nidia Castro						
3	Aracely	Yonde	4860089		316015008	Aracely Yonde						
4	Luz Marina	Castro	2534513			Luz Marina						
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												

Aracely Arevalo

Aracely Arevalo