



FORMATO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES



DEPENDENCIA O ÁREA					FECHA:								
PROGRAMA:				NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:				RESPONSABLE:					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	ESTAMENTO	PROGRAMA O DEPENDENCIA	SEXO		¿GRUPO PRIORIZADO?  (Indígena, Afrodescendiente, Discapacidad, Victima conflicto armado, Comunidad LGTBIQ+, Habitante de frontera)						
					F	M	I	A	D	V	C	H	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													