**Lista de asistencia para Sesiones de Educación Continua - Participantes y Facilitadores (1 día)***(Educación Continua)*presenciales, virtuales o mixtas

Nombre de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (inicio y término): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horario de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **NOMBRE(S) Y APELLIDOS** | **ADSCRIPCIÓN** | **SEXO  (hombre**  **/mujer)** | **EDAD** | | **DISCAPACIDAD**  **SI/NO, CUÁL** | | **RFC** | **FIRMA** | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| COORDINADOR DE LA SESIÓN QUE AVALA ASISTENCIA   NOMBRE Y FIRMA | | | | | |  | | JEFE DEL ÁREA DE SERVICIO/RESPONSABLE DEL PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA | | |

**Lista de asistencia para Sesiones de Educación Continua - Participantes y Facilitadores (1 día)***(Educación Continua)*presenciales, virtuales o mixtas

Nombre de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (inicio y término): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horario de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **NOMBRE(S) Y APELLIDOS** | **ADSCRIPCIÓN** | **SEXO  (hombre**  **/mujer)** | **EDAD** | | **DISCAPACIDAD**  **SI/NO, CUÁL** | | **RFC** | **FIRMA** | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| COORDINADOR DE LA SESIÓN QUE AVALA ASISTENCIA   NOMBRE Y FIRMA | | | | | |  | | JEFE DEL ÁREA DE SERVICIO/RESPONSABLE DEL PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA | | |

--Instructivo de llenado-- **Lista de asistencia para Sesiones de Educación Continua Participantes y Facilitadores***(presenciales, virtuales o mixtas)   
Subraye la modalidad utilizada*

Nombre de la sesión: *Coloque el nombre tal como se registró en SIRAEC* Fecha: *coloque la fecha de inicio y término de la sesión*

Sede: *anotar el aula y ciudad donde se realizó la sesión* Horario de la sesión: *anotar las horas de inicio/término*

***NOTA****: Si estos datos ↑ son diferentes a los que programó en su PEC, favor de indicárselos a su área de enseñanza, de lo contrario no localizará su sesión en el sistema para la generación de reconocimientos. Cualquier duda, puede consultarlo con su área de enseñanza*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**  *Respetar el número consecutivo* | **NOMBRE(S) Y APELLIDOS** | **ADSCRIPCIÓN**  *(colocar la adscripción actual del participante)* | **SEXO**  (hombre/mujer) | **EDAD** | **DISCAPACIDAD**  **(SI ó NO)**  **(Si coloca SI indique cuál)** | **RFC**  *(anotar el RFC con letra de molde, de lo contrario no se podrá localizar en la base de datos para la generación de constancias)* | **FIRMA**  *El participante deberá firmar por uno o varios días según el evento* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | *Puede agregar más filas, según estime el cupo del curso* | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Al final de los participantes agregue a las o los instructores de la sesión (resáltelos con un asterisco y su número de horas teóricas/prácticas**) | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COORDINADOR DE LA SESIÓN QUE AVALA ASISTENCIA   NOMBRE Y FIRMA |  | JEFE DEL ÁREA DE SERVICIO/RESPONSABLE DEL PROGRAMA NOMBRE Y FIRMA |

**Nota:** Para el caso de sesiones virtuales puede omitirse la firma de los participantes, llevando únicamente las firmas de los responsables de la sesión, quienes respaldan la asistencia del listado.