

Formato de Control de Asistencia y Evaluación de Participantes

Código F_17
 Revisión 02
 Fecha 18.05.23



**Coordinación de Planeación
 para el Desarrollo del Estado
 de Michoacán de Ocampo**

GOBIERNO DE MICHOACÁN

Nombre de la reunión:																	
Fecha de realización:			Control de Asistencia										Evaluación por temas				Firma de participantes
Duración:			E: Enfermo					R: Retardo									
Nº	Participantes	Área	A: Asistencia					F: Falta					1º	2º	3º	Final	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Persona Instructora

Nombre Y firma

