

**FORMATO****LISTA DE ASISTENCIA**

Código EA-FT-03

Versión: 4

Fecha: 23/08/2021

Fecha:	Día:	Mes:	Año:
Hora:	Inicio:	Fin:	
Actividad:			
Dirigido a:			
Lugar:			
Responsable(s):			

No	Nombre y Apellido	Documento de Identidad	Sexo		Edad	Población	Cargo que desempeña	Dependencia – Entidad que pertenece	Teléfono – Correo electrónico	Municipio	Firma
			F	M							
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Nota: Escriba en la columna población el número que representa el grupo al cual pertenece: 1. Negros, 2. Afrocolombianos, 3. Raizales, 4. Palenqueros, 5. Indígena, 6. Rrom, 7. Discapacidad, 8. Extranjero, 9. Otro (Cuál)