**Formato de asistencia de beneficiarios/as de capacitación**

Datos del/de la beneficiario/a

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y nombres: |  |
| Puesto: |  |
| Órgano o Unidad Orgánica: |  |

Datos de la Capacitación:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Capacitación: | Formación Laboral ( ) Formación Profesional ( ) |
| Acción de Capacitación:  *(Detallar según lo establecido en el punto 6.1.1.1. de la Directiva)* |  |
| Denominación de la Capacitación: |  |
| Docente y/o Proveedor: |  |
| Duración de la Acción de la Capacitación | Inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Datos de la Asistencia del Beneficiario:

|  |  |
| --- | --- |
| Total de Asistencia de la Capacitación  *(Indicar en cuantas fechas se desarrollará la capacitación)* |  |
| Máximo de Inasistencias  *(Antes de la capacitación se indicará la cantidad máxima de inasistencias que puede tener el beneficiario).* |  |
| Total de asistencias del/de la beneficiario/a |  |
| Inasistencias del/de la beneficiario/a | Justificadas \_\_\_\_\_\_\_  Injustificadas \_\_\_\_\_\_\_ |
| Cumplió con el 100% de asistencias  *(Para el conteo de las inasistencias se tomaran en cuenta únicamente las inasistencias injustificadas)* | Si ( )  No ( ) |
| Se aplica penalidad | SI ( )  No ( ) |

VB de ORH