Formato para la Unidad San Cristóbal. Borrar líneas o texto azules.

**Formato E-18**

San Cristóbal de las Casas, Chiapas a 4 de diciembre de 2018.

Mtro. Diego Martín Díaz Bonifaz

Área de Educación Continua

Dirección de Vinculación

El Colegio de la Frontera Sur

Sirva el presente como evidencia para integrar al registro del [Curso taller diplomado] titulado [nombre del programa] realizado del [fecha de inicio] al [fecha de término] en [citar lugar de realización], en el cual no fue posible en recabar tiempo y forma los listados de asistencia firmados por todas las personas participantes. Por lo anterior, asumo que el listado que a continuación presento corresponde con el grupo de personas que asistieron a dicho programa citado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona participante | Correo electrónico | Sexo | Discapacidad (Sí/no) | Institución de procedencia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más filas si es necesario

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del(la) responsable (personal de nómina de ECOSUR) de programa de Educación Continua

Escanear o digitalizar (fotografiar legiblemente) este documento y subirlo como evidencia que reemplaza al listado de asistencia firmado por participantes.

Formato para la Unidad Tapachula. Borrar líneas o texto azules.

**Formato E-18**

Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas a 4 de diciembre de 2018.

Mtro. Manuel de Jesús Figueroa Yee

Coordinación de Vinculación

Dirección de Unidad Tapachula

El Colegio de la Frontera Sur

Sirva el presente como evidencia para integrar al registro del [Curso taller diplomado] titulado [nombre del programa] realizado del [fecha de inicio] al [fecha de término] en [citar lugar de realización], en el cual no fue posible en recabar tiempo y forma los listados de asistencia firmados por todas las personas participantes. Por lo anterior, asumo que el listado que a continuación presento corresponde con el grupo de personas que asistieron a dicho programa citado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona participante | Correo electrónico | Sexo | Discapacidad (Sí/no) | Institución de procedencia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más filas si es necesario

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del(la) responsable (personal de nómina de ECOSUR) de programa de Educación Continua

Escanear o digitalizar (fotografiar legiblemente) este documento y subirlo como evidencia que reemplaza al listado de asistencia firmado por participantes.

Formato para la Unidad Chetumal. Borrar líneas o texto azules.

**Formato E-18**

Chetumal, Quintana Roo a 4 de diciembre de 2018.

Mtro. José Enrique Escobedo Cabrera

Coordinación de Vinculación

Dirección de Unidad Chetumal

El Colegio de la Frontera Sur

Sirva el presente como evidencia para integrar al registro del [Curso taller diplomado] titulado [nombre del programa] realizado del [fecha de inicio] al [fecha de término] en [citar lugar de realización], en el cual no fue posible en recabar tiempo y forma los listados de asistencia firmados por todas las personas participantes. Por lo anterior, asumo que el listado que a continuación presento corresponde con el grupo de personas que asistieron a dicho programa citado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona participante | Correo electrónico | Sexo | Discapacidad (Sí/no) | Institución de procedencia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más filas si es necesario

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del(la) responsable (personal de nómina de ECOSUR) de programa de Educación Continua

Escanear o digitalizar (fotografiar legiblemente) este documento y subirlo como evidencia que reemplaza al listado de asistencia firmado por participantes.

Formato para la Unidad Villahermosa. Borrar líneas o texto azules.

**Formato E-18**

Villahermosa, Tabasco a 4 de diciembre de 2018.

Mtra. María Luisa Martínez Gutiérrez

Coordinación de Vinculación

Dirección de Unidad Villahermosa

El Colegio de la Frontera Sur

Sirva el presente como evidencia para integrar al registro del [Curso taller diplomado] titulado [nombre del programa] realizado del [fecha de inicio] al [fecha de término] en [citar lugar de realización], en el cual no fue posible en recabar tiempo y forma los listados de asistencia firmados por todas las personas participantes. Por lo anterior, asumo que el listado que a continuación presento corresponde con el grupo de personas que asistieron a dicho programa citado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona participante | Correo electrónico | Sexo | Discapacidad (Sí/no) | Institución de procedencia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más filas si es necesario

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del(la) responsable (personal de nómina de ECOSUR) de programa de Educación Continua

Escanear o digitalizar (fotografiar legiblemente) este documento y subirlo como evidencia que reemplaza al listado de asistencia firmado por participantes.

Formato para la Unidades Campeche. Borrar líneas o texto azules.

**Formato E-18**

San Francisco de Campeche, Campeche a 4 de diciembre de 2018.

Mtra. Luvia del Carmen Padilla Rebolledo

Coordinación de Vinculación

Dirección de Unidad Campeche

El Colegio de la Frontera Sur

Sirva el presente como evidencia para integrar al registro del [Curso taller diplomado] titulado [nombre del programa] realizado del [fecha de inicio] al [fecha de término] en [citar lugar de realización], en el cual no fue posible en recabar tiempo y forma los listados de asistencia firmados por todas las personas participantes. Por lo anterior, asumo que el listado que a continuación presento corresponde con el grupo de personas que asistieron a dicho programa citado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona participante | Correo electrónico | Sexo | Discapacidad (Sí/no) | Institución de procedencia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más filas si es necesario

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del(la) responsable (personal de nómina de ECOSUR) de programa de Educación Continua

Escanear o digitalizar (fotografiar legiblemente) este documento y subirlo como evidencia que reemplaza al listado de asistencia firmado por participantes.