FORMATO DE VERIFICACION DE RECURSO

No Orden 037

EVENTO	M. Act. En Espacio Publico	**RESPONSABLE**	
LUGAR	Calle 26 Tramo 3	**CLIENTE**	**IDARTES**
CONTACTO		**NIT**	900.413.030-9
FECHA	11/06/2023	**DIRECCION**	calle 8 No 8 -52
		Tel	

CANTIDAD	DESCRIPCION	CANT DE HORAS	OBSERVACIONES
1	COORDINADORES LOGISTICOS	12	
7	AUXILIARES LOGISTICOS	12	
	BRIGADISTAS CONTRAINCENDIOS		
	JEFE DE EMERGENCIAS		
	COORDINADOR GENERAL		

FIRMA Y NOMBRE RESPONSABLE DEL ESCENARIO

FIRMA y NOMBRE RESPONSABLE OPEN

Donial Botero