	LISTA DE ASISTENCIA	Código: GD_FO_02 Versión: 5 Vigente desde 24/06/2021

OBJETIVO DEL EVENTO:	Modulo de formación III : Homeopatía Proyecto cuno	ENCARGADO(S) O RESPONSABLE(S) DEL EVENTO Nombre Completo: Andrea Suárez Leal Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área Protegida: PNN El Cocuy

NOMBRE DEL CONFERENCISTA (solo aplica para coferencias no para reuniones)		TIPO DE REUNION:	Video conferencia ☐	Presencial ☒	
LUGAR DE LA REUNION O LINK	Ofina PNN El Cocuy	FECHA: 23/08/2023	HORA INICIO: 9:00 am		HORA FIN:

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE Y APELLIDO	ENTIDAD, GRUPO O ÁREA, OFICINA, FUNCIONAL, VEREDA U OTROS	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	TIPO ASISTENCIA		FIRMA (Aplica para asistencia presencial)
					Presencial	Virtual	
1	Oscar Hernando Atuesia	Beneficiario	alarcon.yue.oscar.hernando@gmail.com	3222235[illegible]	X		[signature]
2	Elicerio Alarcón U	Beneficiario		3116623[illegible]	X		[signature]
3	Julio Anibal Marcos	Beneficiario	julioa751@hotmail.com	3142770181	X		[signature]
4	Andrea Suárez Leal	PNN El Cocuy	andrea.suarezlmv@gmail.com	3222930300	X		[signature]
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

NOTA: En caso de ser necesario emplee la ayuda de memoria que complementa este formato (al respaldo de esta página), teniendo en cuenta que el contenido no puede exceder una página, si se requiere mayor ampliación genere la respectiva acta en el formato vigente, Si solo necesita la información de los asistentes imprima la primera hoja del presente formato.

	LISTA DE ASISTENCIA	Código: GD_FO_02 Versión: 5 Vigente desde 24/06/2021

AYUDA DE MEMORIA

RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS Y CONCLUSIONES / ACUERDOS GENERALES (Relacione los temas o aspectos mas importantes) En caso se requerirse incluir más filas pero tener presente lo documentada en la nota de la primera página.

- Generalidades de homeopatia
- Plantas medicinales
- Elementos de uso homeopatico
- Homoterapia
- Otros lineas de la homeopatia

* Socialización insumos a entregar para continuidad del proyecto ovino sostenible

COMPROMISOS En caso se requerirse incluir más filas.

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE (NOMBRE COMPLETO Y/O PROCESO - DEPENDENCIA)	FECHA PREVISTA (DD/MM/AAAA)
Adecuar un lugar para el almacenamiento de los insumos	Beneficiarios	05-09-2023

ANEXO FOTOGRAFICO



