FORMATO LISTA DE ASISTENTES

SIG

TEMA O NOMBRE DE LA REUNION	Informe de Diagnostico
CIUDAD	Bogotá D.C.
FECHA	12 de Marzo 2026.
EVENTO ORGANIZADO O CITADO POR	Equipo QA/QC
LUGAR	Sala de Juntas DH.
HORA	10 am

No.	NOMBRE Y APELLIDO	SELECCIONE TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SELECCIONE SEXO / GENERO				SELECCIONE SU RANGO DE EDAD (AÑOS)				¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? (Si la tiene por favor especifique, caso contrario escriba ninguna)	ENTIDAD, DEPENDENCIA O COMUNIDAD	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
		C.C.	T.I.	C.E	OTRO		HOMBRE	MUJER	OTRO	ESPECIFIQUE OTRO	Menor de 18	19-28	29-60	Mayor de 60						
1	Saida Martinez Rojas	X				40342981		X					X		NO	MME - DH	contratista	3125487778	smartinezro	
2	Daniela Ruiz P.	X				1083		X				X			NO	MIC - DA	Asesora	3002713	IPCC -	
3	Mvis P. Arguindegui	X				1		X					X		NO	MME - DH	CONTRATISTA	3218571676	Yperlinduque	
4	Paola A. Gutierrez Rivera	X				1072		X					X		NO	MME - DH	Contratista	3004	Pagutierrez	Paola
5	Richar Cermeño E.	X				13498044	X					X			NO	MME-DH	Contratista	3218	rcermeno	
6	Angela Lucia Leb	X				3		X					X		NO	MME-DH	Contratista	3124	angelalucia	
7	Leonardo Jaimes C.	X				1098	X						X		—	MME-DH	Coordinador	3014	LJAIMES	
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

No.	COMPROMISOS (*)	FECHA DE ENTREGA	RESPONSABLES
1			
2			

Solo es diligencia en caso de establecer acuerdos y compromisos en las reuniones
Nota: Incluir los filas que se requiera.

Aviso para el tratamiento de datos personales: