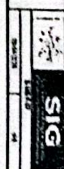


FORMATO LISTA DE ASISTENTES



TÍTULO O NOMBRE DE LA REUNIÓN

Asistencia Gestión Documental

UBICACIÓN

William Andres Velazquez  
Boysca / Hina Huas  
B & M

FECHA

21-04-2026

NOMBRE Y APELLIDO

Donje Lopez  
William A Velazquez

SELECCIÓN TIPO DE ENTIDAD  
C. T. I. O. OTRO

SELECCIÓN ESPECIFICACIÓN DE ENTIDAD  
MAYOR OTRO

SELECCIÓN AL RANGO DE EDAD (AÑOS)  
Menor de 18 18-24 25-34 Mayor de 35

¿Tiene alguna discapacidad? (Si responde según corresponda)

ORGANISMO O ENTIDAD POR LA QUE DEPENDE O COMANDA

CARGO

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA

102860121

X

X

NO

DFM

Coordinador de la Oficina de la Secretaría de la Presidencia

102860121

102860121

OTROS ASISTENTES

2026/04/21

FIRMA DE ENTIDAD

REPRESENTANTE

Se declara que los datos suministrados son veraces y correctos.

Se declara que los datos suministrados son veraces y correctos.