



CONTROL DE ASISTENCIA INTERNO

I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	Reunión de planeación y seguimiento de Actividades Arbovitosis	FECHA	06/03/2024
ÁREA RESPONSABLE	Secretaría de Salud	HORA INICIO	8:00
LUGAR	Auditorio	HORA FINAL	12:00
DIRIGIDO A	Funcionarios ETV - Arbovitosis		

II. INFORMACIÓN DE LOS ASISTENTES A LA ACTIVIDAD

Item	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Número de documento	Edad	GÉNERO			Teléfono	GRUPO ÉTNICO**			POBLACIÓN VULNERABLE										DATOS INSTITUCIONALES			FIRMA O HUELLA		
						Masculino	Femenino	OSIGD*		NARP	Indígena	RROM	Ninguno	Discapacidad	Victima	Migrante	Habitante de calle	Reincorporado	Privado de la Libertad	Cabeza de hogar	Gestante	Campesino	Ninguno	Entidad / Dependencia	Cargo		Correo electrónico	
1	Josop + Fusion	Lopez	C	9656518	57	X			310341698			X											X	S.S.M. STV	TEC APOYO	judenla401@gmail.com		
2	Juan Carlos	Quirk Caudry	C	91471654	51	X			3143220356			X											X	SSM. ETV.	TEC APOYO	juancarlo1724@gmail.com	Juan Carlos	
3	Baerik	Penabaz	C	64914326	40				3015619749																SSM. ETV.	TEC APOYO	bautista527@gmail.com	Baerik
4	Mistocky	Pincón S.	E	23794461	48	X			3228706681			X	X												S.S.M.	T. APOYO	mistocky7@gmail.com	Mistocky
5	Haricela	Boulliba	C	47455009	48	X			3219018272			X										X			S.S.M.	TEC APOYO	mohamed2004@gmail.com	Haricela
6	Tatiana	Arla	C	11854652	33	X			3132066262			X	X												S.S.M. ETV.	TEC APOYO	emmanuel03@gmail.com	Tatiana
7	Yolaly	Quintero	C	10655716	39	X			3108034233			X	X												SSM ETV	TEC APOYO	mayerlin27@gmail.com	Yolaly
8	Nadine	Rojas	C	1118546341	35	X			3202498048			X											X		ETV	TEC APOYO	vgsromanceiro11@gmail.com	Nadine
9	Sandra	Moynihan	C	11532700	40				118332100																ETV	TEC APOYO		Sandra
10	Christian	Tibaduza	C	115691527	30	X			320491150			X	X												SSM ETV	TEC APOYO	hibaduza4@gmail.com	Christian

III. INFORMACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE DEL RESPONSABLE	Wesley A. C.	DOCUMENTO	63544004	CARGO / NUMERO DE CONTRATO	TEC. APOYO	PROGRAMA / ÁREA / PROYECTO	ETV
------------------------	--------------	-----------	----------	----------------------------	------------	----------------------------	-----

* OSIGD - Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversa - Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros

** Grupo Étnico: Si pertenece a alguna población indígena, por favor indique el nombre al responsable de la reunión o actividad

Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Alcaldía de Yopal, disponible en <https://www.yopal-casanare.gov.co/tema/politicas-y-lineamientos/politica-de-tratamiento-de-datos-personales>. Declaro que la autorización fue solicitada y aceptada libre y voluntariamente antes de proporcionar mis datos.



CONTROL DE ASISTENCIA INTERNO

I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	Reunión de planeación y seguimiento de actividades Arbovitox							
ÁREA RESPONSABLE	Secretaría de Salud				FECHA	06	03	2026
LUGAR	Auditorio				HORA INICIO	8	00	-
DIRIGIDO A	Funcionarios ETV - Arbovitox				HORA FINAL	12	00	-

II. INFORMACIÓN DE LOS ASISTENTES A LA ACTIVIDAD

Item	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Número de documento	Edad	GÉNERO			Teléfono	GRUPO ÉTNICO**			POBLACIÓN VULNERABLE										DATOS INSTITUCIONALES			FIRMA O HUELLA			
						Masculino	Femenino	OSIGD*		NARP	Indígena	RROM	Ninguno	Discapacidad	Víctima	Migrante	Habitante de calle	Reincorporado	Privado de la Libertad	Cabeza de hogar	Gestante	Campesino	Ninguno	Entidad / Dependencia	Cargo		Correo electrónico		
1	Silla	Gómez		68291414	50	X			3112122534				X	X					X				X	SSA	tec.Ap				
2	Yomila	García		47439611	43	X			3103758177				X	X										SSA ETV	tecnico	daycgarzon@gmail.com			Yomila G.
3	Yvana	Pacheco		10496498	28	X			3134100453				X										X	SSA ETV	Pro. Arbo	yvachecosa@gmail.com			
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

III. INFORMACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE DEL RESPONSABLE	WISOL A. C.	DOCUMENTO	63500000	CARGO / NUMERO DE CONTRATO	Prof. Arbo	PROGRAMA / ÁREA / PROYECTO	ETV.
------------------------	-------------	-----------	----------	----------------------------	------------	----------------------------	------

* OSIGD - Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversa - Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros

** Grupo Etnico: Si pertenece a alguna población indígena, por favor indique el nombre al responsable de la reunión o actividad

Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Alcaldía de Yopal, disponible en <https://www.yopal-casanare.gov.co/tema/politicas-y-lineamientos/politica-de-tratamiento-de-datos-personales>. Declaro que la autorización fue solicitada y aceptada libre y voluntariamente antes de proporcionar mis datos.