LISTA DE ASISTENCIA

OBJETIVO DEL EVENTO:	Revisión de los ajustes en el Formulario WEB PQRSDF	ENCARGADO(S) O RI Nombre Completo	(
NOMBRE DEL CONFERENCISTA (solo aplica para coferencias no para reuniones)		TIPO DE REUNION:	Video conferencia X
LUGAR DE LA REUNIÓN O LINK	https://meet.google.com/wfk-zkyt-hfk?authuser=0	FECHA: (13/05/2026)	HORA INICIO: 10:05 am

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE Y APELLIDO	Tipo Doc. Identidad	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ENTIDAD, GRUPO O ÁREA, OFICINA, FUNCIONAL, VEREDA U OTROS	TIPO DE PARTICIPANTE FUNCIONARIO / CONTRATISTA / OTRO	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Fabian Castro	cc	79806408	SAF-GPC	Contratista	na	fabian.castro@parquesnacionales.gov.co	3532400
2	Javier Eduardo Lizarazo	CC	79884976	GTIC	Contratista	Contratista	javier.lizarazo@parquesnacionales.gov.co	300707228
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

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 neces
formato.

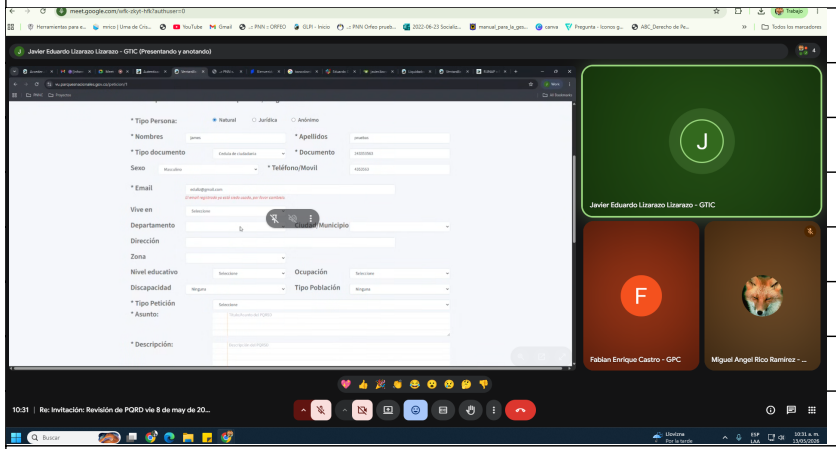
LISTA DE ASISTENCIA

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.

Se revisan los ajustes en los campos de diligenciamiento para que no se presenten fallas en el registro

Queda pendiente que al momento del registro se envie un correo al peticionario informando el número de radicado y el codigo de verificación



COMPROMISOS En caso se requerirse incluir más filas.

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE (NOMBRE COMPLETO Y/C

	Código: A4-FO-05
	Versión: 2
	Vigente desde: 28/10/2025

ESPONSABLE(S) DEL EVENTO
Oficina, Subdirección, Grupo, Dirección Territorial o Área Protegida

Presencial ☐		
	HORA FIN:	

	TIPO ASISTENCIA		FIRMA (Aplica para asistencia presencial)
	Presencial	Virtual	
		x	na
5		X	NA

ita la información de los asistentes imprima la primera hoja del presente

	Código: A4-FO-05
	Versión: 2
	Vigente desde: 28/10/2025

) PROCESO - DEPENDENCIA)	FECHA PREVISTA (DD/MM/AAAA)
