COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Contenidos en el cuerpo del acta	—	—

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Juan Omar Obregon L	juansubnorte@gmail.com	3002241230	subred norte	
2	Martin Emilio Diaz B	maemdibu@gmail.com	3132300942	Subred Norte	
3	David Alejandro Pinto	davidpambiental@gmail.com	3132225394	Subred Norte	
4	Maria Nidia Tinjaca T	mntinjaca@saludcapital.gov.co	3124634225	SDS - SVSP.	
5	Leidy Rodriguez	Ljrodriguez@saludcapital.gov.co	3123218021	SDS - SVSP	
6	Ruth Lorena Correa	rlcorrea@saludcapital.gov.co	3649090	SDS - SVSP	
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?		Observaciones (si aplica)
Si (X)	No ( )	

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.