



FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

Versión: 00

Página: 1 de 1

Código: PD - GDO - 001 - F10

NOMBRE DEL EVENTO:

TEMA:

FACILITADOR:

FECHAS:

JORNADA:

HORARIO:

Hoja __ de __

ITEM	NOMBRES	APELLIDOS	ENTIDAD/DEPENDENCIA	CARGO	E - mail	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

NOTA : Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

Elaboró: Martha Soraya González Vargas
Cargo: Líder Proceso de Gestión Documental
Firma:

Fecha: 19-01-2009

Revisó:
Cargo:
Firma:

Fecha:

Aprobó:
Cargo:
Firma:

Fecha: