



CLINICA DE LA VISION
DEL VALLE S.A.S.

FORMATO LISTA DE ASISTENCIA

Código: F-GH-010

Actualización: 26/08/2024

Versión: 003

Página 1 de 1

| | | | |
|------------------------|-------------------|------------------------------|-------|
| Fecha: | 2025-10-22 | | |
| Tema: | Prueba | | |
| Responsable: | Kevin Rivas | | |
| Cargo: | auxiliar sistemas | | |
| Modalidad: | Presencial | Sede: | 5 |
| Hora de inicio: | 11:03 | Hora de Finalización: | 11:05 |

| No. | Nombre Completo | Cargo | Firma |
|-----|-----------------|-------------------|---|
| 1 | Sistemas | auxiliar sistemas |  |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |