



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:	2025-10-31		
Tema:	Prueba		
Responsable:	Kevin Rivas		
Cargo:	sdfg		
Modalidad:	Presencial	Sede:	5
Hora de inicio:	15:15	Hora de Finalización:	15:15

No.	Nombre Completo	Cargo	Firma
1	dfgdf	dfgfdg	
2	fdgdf	dfgdf	
3	dfg	fgf	
4	fdgdf	fgdf	
5	fgdf	dfgdf	
6	dffg	fdgf	
7	fdgdf	dfgdfg	
8	dfgfdg	fgfdg	
9	gfd	fdgdfg	
10	fdgdfg	fgdf	
11	dfgdfg	fgdfg	
12	fdgfg	fgdf	
13	dfgfd	fdgfdg	
14	fgdf	dfgdf	
15	fdgdfg	fgdf	
16	fgdf	dfgdfg	
17	fdgdfg	fdgfdg	
18	fdgdfg	fgf	
19	fgdgd	fgdgd	
20	fdgd	fgdfg	
21	fgdfg	fgf	
22	fgdfg	fdgdfg	
23	fgdfg	dfgdfg	
24	fgffdg	fgdfg	
25	fgfdg	dfgf	