



REGISTRO DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS CON ENFOQUE DIFERENCIAL

Código: FO-M5-P1-01

Versión: 01

Fecha de aprobación: 15/06/2018

FECHA: DDMM/AA 29-11-19

LUGAR: Clínica Ernesto Rey

MUNICIPIO SEDE: Cali

HORA INICIO: 8:00 am

FACILITADOR: (Nombre, Cargo, Entidad)

OBJETIVO: Comité EEW

HORA TERMINACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS	No. Cedula	TELEFONO FIJO O MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ENTIDAD/ ORGANIZACIÓN	SEXO		ETNIA					CONDICIÓN		EDAD		ZONA		FIRMA			
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (Gitanos)	OTRO	MUJER CABESA DE FUA	Letaluna, Gwy, Discapad o Trans	DISCAPACIDAD	DEPLAZADA (D)	1-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-24 AÑOS		25-40 AÑOS	41-60 AÑOS	RURAL
Yamile Dacayo	2434483	3345562	cpistmatolodp@untransurano	Cali	Confondi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YD	
Ofelia Gallego Gomez	31947450	3987980	ofelia.gallego@fisocial.gov.co	Cali	FGW-urical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofallego	