



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## FORMATO LISTA DE ASISTENCIA

Código: GD-F-5

Versión: 4.0

Vigencia: 23/06/2021

### GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 1 de 3

Tipo	Comité y/o Reunion ASOCIACION ALIANZA DE USUARIOS ESE		Capacitación		Evento			X
Tema	Proceso de escogencia del miembro de la asociación alianza de usuarios, ante a la Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael Mediana Complejidad <b>Periodo</b> <b>Resolución</b> <b>Número</b> _____, emanada de la _____, Directora Técnica de Desarrollo Institucional con funciones. Secretaria de Salud Departamental de La Guajira.	Fecha		Hora de inicio		Hora de finalizacion		
Lugar	Oficina de SIAU			Responsible				

Orden	NOMBRE Y APELLIDO ASPIRANTE A JUNTA DIRECTIVA ASOCIACION ESE	No. CEDULA	TELEFONO DE CONTACTO	FIRMA	CORREO ELECTRONICO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					





NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## FORMATO LISTA DE ASISTENCIA

Código: GD-F-5

Versión: 4.0

Vigencia: 23/06/2021

### GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 2 de 3

Tipo	Comité y/o Reunion ASOCIACION ALIANZA DE USUARIOS ESE		Capacitación		Evento			X
Tema	Proceso de escogencia del miembro de la asociación alianza de usuarios, ante a la Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael Mediana Complejidad <b>Periodo</b> <b>Resolución</b> <b>Número</b> _____, emanada de la _____, Directora Técnica de Desarrollo Institucional con funciones. Secretaria de Salud Departamental de La Guajira.	Fecha		Hora de inicio		Hora de finalizacion		
Lugar	Oficina de SIAU			Responsible				

11.					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					





NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## FORMATO LISTA DE ASISTENCIA

Código: GD-F-5

Versión: 4.0

Vigencia: 23/06/2021

### GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 3 de 3

Tipo	Comité y/o Reunion ASOCIACION ALIANZA DE USUARIOS ESE		Capacitación		Evento			X
Tema	Proceso de escogencia del miembro de la asociación alianza de usuarios, ante a la Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael Mediana Complejidad <b>Periodo</b> <b>Resolución</b> <b>Número</b> _____, emanada de la _____, Directora Técnica de Desarrollo Institucional con funciones. Secretaria de Salud Departamental de La Guajira.	Fecha		Hora de inicio		Hora de finalizacion		
Lugar	Oficina de SIAU			Responsible				
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

