



REGISTRO DE ASISTENCIA

Código: R-GH-001
 Versión: 4
 Fecha: Diciembre de 2019

Fecha: 02-10-2020 Hora Inicio: 3p.m Hora Finalización: 4p.m
 Tema: Seguimiento Semanal COPASST
 Facilitador (es): Diana Lopez
 Lugar: Oficina SST

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Diana Lopez</u>	<u>66955744</u>	<u>UR/G</u>	<u>Enc. Caribe</u>	<u>Diana Lopez</u>
2. <u>Ronal Mauricio Bermudez</u>	<u>1130673840</u>	<u>UCA</u>	<u>Enfermero jefe</u>	<u>Ronald B.</u>
3. <u>YADIA FERNANDA LOPEZ</u>	<u>66826736</u>	<u>FAC C.</u>	<u>Auxiliar FAC</u>	<u>Yadia</u>
4. <u>MIRIAM GRANDES B</u>	<u>30280855</u>	<u>SST</u>	<u>DIAGNOSTICA</u>	<u>M. GRANDES</u>
5. <u>Daniela Palacios</u>	<u>29.121.075</u>	<u>SST</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>DPalacios</u>
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Duración actividad 1h No. de Asistentes: 5

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____