



REGISTRO DE ASISTENCIA

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

Fecha: 16 10 2020 Hora Inicio: 10:00 Hora Finalización: 11:00
 Tema: Seguimiento semanal del COPACOT medidas de prevención COVID-19
 Facilitador (es): _____
 Lugar: Oficina COT

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>ANITA GARCIALES B</u>	<u>30280955</u>	<u>SST</u>	<u>ENFERMERA COPACOT</u>	<u>A-GARCIALES</u>
2. <u>Javier Martínez M.</u>	<u>4709479</u>	<u>Ger. Adm.</u>	<u>Jefe Ger. Adm.</u>	<u>JM</u>
3. <u>Jennifer Bustos S.</u>	<u>66853033</u>	<u>GH</u>	<u>COORD. NMINO</u>	<u>Jennifer</u>
4. <u>Donika Palacios</u>	<u>29121075</u>	<u>COT</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>Dpalacios</u>
5.				
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: 4

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____