

Fecha: 2020.10.30 Hora Inicio: 11:00 Finalización: 12:00
 Tema: Informe de seguimiento semanal COPASOT
 Facilitador (es): COPASOT
 Lugar: Oficina SOT

| Nombres y Apellidos | Documento de Identificación | Área / Servicio Entidad | Cargo | Firma |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| 1. <u>Gloria Obra</u> | <u>1130585098</u> | <u>Clín. Artrosis</u> | <u>Fisiot - Copasot</u> | <u>[Firma]</u> |
| 2. <u>Jennifer Bastos</u> | <u>66953033</u> | <u>6.4.0.0.00</u> | <u>(COORD. MONIT.)</u> | <u>[Firma]</u> |
| 3. <u>Daniela Palacios</u> | <u>29121075</u> | <u>SOT</u> | <u>Fisioterapeuta</u> | <u>[Firma]</u> |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |
| 17. | | | | |
| 18. | | | | |
| 19. | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | | | | |
| 22. | | | | |
| 23. | | | | |
| 24. | | | | |
| 25. | | | | |

Duración actividad _____ No. de Asistentes: 3

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____