

Fecha: 20 11 2020 Hora Inicio: 3:00 Hora Finalización: 4:00
 Tema: Informe de seguimiento COPASOT a medidas de
 Facilitador (es): prevención COVID
 Lugar: oficina SOT

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Nancy Torres P</u>	<u>98431800</u>	<u>Quirónsalud</u>	<u>Jefe Asesoría</u>	<u>[Firma]</u>
2. <u>Shamán A. Dalcios</u>	<u>1116242346</u>	<u>Cx</u>	<u>Enfermero jefe</u>	<u>Shamán P</u>
3. <u>Soledad Correa T.</u>	<u>1130585098</u>	<u>Reh Física</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>[Firma]</u>
4. <u>Javier Martínez</u>	<u>4709470</u>	<u>Ger. A. Du</u>	<u>Jefe Ger. A. Du</u>	<u>[Firma]</u>
5. <u>Raniza Palacios</u>	<u>29121075</u>	<u>SOT</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>[Firma]</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 _____