

Fecha: 06 / 11 / 2020 Hora Inicio: 2:00 Hora Finalización: 3:00
 Tema: Informe de seguimiento de COPASOT a medidas preventivas COVID 19
 Facilitador (es): _____
 Lugar: Oficina SOT

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Elagaria Correa Tabares</u>	<u>1130585098</u>	<u>Copasot</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>[Firma]</u>
2. <u>JUAN FEL BASTIEN</u>	<u>66053033</u>	<u>GESTION HUMANOS</u>	<u>Coord. NOMINA</u>	<u>[Firma]</u>
3. <u>Lina Ida Cepillo P.</u>	<u>1142239538</u>	<u>Hospitalización</u>	<u>Superintendente</u>	<u>[Firma]</u>
4. <u>Cecilia Martinez</u>	<u>43152415</u>	<u>HOSP-CIM</u>	<u>ME coord</u>	<u>[Firma]</u>
5. <u>Jamer Martinez</u>	<u>47009479</u>	<u>Gest. Res</u>	<u>Jefe Gest. Res</u>	<u>[Firma]</u>
6. <u>ANAYARA BLANCO</u>	<u>30280755</u>	<u>SST</u>	<u>COORDINADORA</u>	<u>[Firma]</u>
7. <u>Doniza Palacios</u>	<u>29121075</u>	<u>SOT</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>[Firma]</u>
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Duración actividad 1h No. de Asistentes: 7

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____