

Fecha: 31 12 2020 Hora Inicio: 8:00 Hora Finalización: 9:00

Tema: Informe seguimiento semanal COPASOT

Facilitador (es): _____

Lugar: oficina SOT

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Florencia SOT</u>	<u>6698927</u>	<u>Lab</u>	<u>DS. ODON</u>	<u>[Firma]</u>
2. <u>Daniela Palacios</u>	<u>29121075</u>	<u>SOT</u>	<u>Fisioterapia</u>	<u>[Firma]</u>
3. <u>Florencia Cruzospin</u>	<u>31539507</u>	<u>Imagenes</u>	<u>Enfermer</u>	<u>[Firma]</u>
4. <u>Juan Camilo Kinosh</u>	<u>16935858</u>	<u>Almacen</u>	<u>Jefe Almacen</u>	<u>[Firma]</u>
5. <u>Elguais Correa</u>	<u>1130585098</u>	<u>Copasot - UCA</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 _____ No. de Asistentes: 5

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____