

Fecha: 08/01/2021 Hora Inicio: 2PM Hora Finalización: 3PM

Tema: Informe de Seguimiento Semanal Copasst

Facilitador (es): _____

Lugar: Oficina SST

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Jamir Martínez</u>	<u>470947</u>	<u>Gerencia</u>	<u>Jef. G. Dev.</u>	<u>[Firma]</u>
2. <u>Glauria Corral</u>	<u>1130585098</u>	<u>Copasst</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>[Firma]</u>
3. <u>Georgette Hernández</u>	<u>43152455</u>	<u>HOSP-CIM</u>	<u>Gerente</u>	<u>[Firma]</u>
4. <u>Julia Cruz</u>	<u>66863077</u>	<u>Lab</u>	<u>Asist. Adm.</u>	<u>[Firma]</u>
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: _____

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____