

Fecha: 05/02/2021 Hora Inicio: 9:00 Hora Finalización: 10:00 AM
 Tema: Copas st
 Facilitador (es): ADRIANA GARCIALES
 Lugar: OFICINA SST

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Claudia M. Arango</u>	<u>66863074</u>	<u>Lab.</u>	<u>Asist. Adm</u>	<u>[Firma]</u>
2. <u>Javier Montenegro</u>	<u>4709479</u>	<u>Ger. D.A.</u>	<u>Jeg. Ger. D.A.</u>	<u>[Firma]</u>
3. <u>Johanna Palacios</u>	<u>1116242346</u>	<u>Cx</u>	<u>Enfermero</u>	<u>Johanna Palacios</u>
4. <u>M^o Carlos Restrepo</u>	<u>33868354</u>	<u>Rehabilit</u>	<u>Coord. Rehab</u>	<u>[Firma]</u>
5. <u>ADRIANA GARCIALES B</u>	<u>30280755</u>	<u>SST</u>	<u>COORDINADORA</u>	<u>A-GARCIALES</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: _____

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____