

Fecha: 05/03/2021 Hora Inicio: 3:00 Hora Finalización: 4:00
 Tema: informe de seguimiento semanal COPASST
 Facilitador (es): Copasst.
 Lugar: SST.

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Area / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. Glauca Corral Tabares	1130585098	COPASST	Fisioterapeuta	<i>[Firma]</i>
2. Jennifer Bustos Juarez	66853031	COPASST	Coordinador	<i>[Firma]</i>
3. ADRIANA GRANDES B	30280755	SST	QUEJERERA	A GRANDES
4. Ana Carolina Gonzalez R	52718691	SST	Enfermera SST	<i>[Firma]</i>
5. Angelica Porceda	43277101	SST	Medico laboral	<i>[Firma]</i>
6. Yanira Palacios	29121075	SST	Fisioterapeuta	<i>[Firma]</i>
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 _____