

Fecha: 09 04 2021 Hora Inicio: 2:00 Hora Finalización: 4:00
 Tema: Informe de seguimiento mensual COPASST
 Facilitador (es): medidas de prevención COVID
 Lugar: of. SST

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Área / Servicio Entidad	Cargo	Firma
1. <u>Norman Palacios</u>	<u>7716 242 346</u>	<u>CX</u>	<u>Enfermero JEFE</u>	<u>Norman P.</u>
2.			<u>Copasst suplente</u>	
3. <u>Glauca Corral T.</u>	<u>1180585098</u>	<u>Clínica Artrosis</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>Glauca</u>
4.			<u>Copasst Principal</u>	
5. <u>Jamar Martinez</u>	<u>4709479</u>	<u>GA Det.</u>	<u>JEFE GA Detul</u>	<u>Jamar</u>
6.			<u>Secretario Copasst</u>	
7. <u>Claudio Martinez</u>	<u>43152455</u>	<u>HOSP-CIM</u>	<u>GRF. COVID.</u>	<u>Claudio</u>
8.			<u>Presidente Copasst</u>	
9. <u>Donika Palacios</u>	<u>29121075</u>	<u>SST</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>D Palacios</u>
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Duración actividad 2 H No. de Asistentes: 5

Observaciones:

FIRMA DEL FACILITADOR _____