

Fecha Reunión: 25/03/2021 Lugar: Clinica Asotrauma Ciudad: Duración Horas: Hora Inicial: Hora Final: Área que convoca:
Tema: Reunión COPASST Asunto (marque con una x): Capacitación Entrenamiento Divulgación Reunión Capacitador/facilitador:

Al firmar, el participante manifiesta haber recibido la información, y haberla comprendido a un grado satisfactorio para poder aplicarla.

No.	NOMBRE	DOC. IDENT.	DEPENDENCIA/ ENTIDAD	CARGO	TELEFONO	FIRMA
1	GENA C -médico Celano	1110.454.521	FES-DESA	FES-DESA	307553704	Genal Celano
2	Diana Goolny Gando 3	38361390	Calidad	Coordinador de Calidad	307981196	Diana Goolny
3	Claudia Liliana Ochoa	65731174	D. Química	D. Química	310337037	Claudia Ochoa
4	Ingrid Galile Ferreira Ardila	52377963	Talento Humano	Coord. Talento Humano	3138650781	Ingrid Ferreira
5	ARDA ALEXANDRA TORRES	1110.484702	T. Humano	COORD. SST	3112421867	Arda Torres
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Firma Capacitador/facilitador: _____