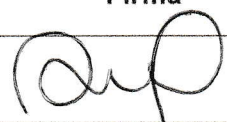
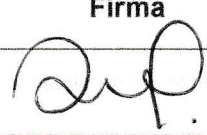

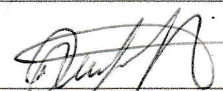



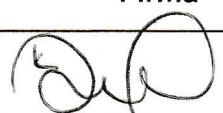
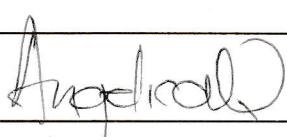
Fecha de realización: marzo 11 2020	Nombre de la formación: socialización AT - mejorado y plan de acción para reducción AT en el Hospital E.O.B. inducción AT-AP.	Tipo de formación: Capacitación <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/>	No.
Duración: 2 horas			
Observación:			
Nombre y cargo de facilitador		Firma	
Katherine Ramirez. Responsable SG-SS7.			
Nombre y cargo de asistentes		Firma de los asistentes	
Nancy Orejo		Nancy O.	
Ruth Alvarez B.		Ruth	
Joheth Zamora Romero		Joheth	
Tatiana Alvarez		Tatiana	

Fecha de realización: marzo 11 2020	Nombre de la formación: investigación AT larva Cardona - plan de acción	Tipo de formación: Capacitación <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/>	No.
Duración: 2 hr.			
Observación:			
Nombre y cargo de facilitador		Firma	
Katherine Ramirez. Responsable SG SST.			
Nombre y cargo de asistentes		Firma de los asistentes	
Laura Fernanda Cardona - Estudiante Aux. Enfermería		Laura Cardona	
Yadira Escobar sub gerente			
Diego Armando Hernandez coordinador			
Nancy Orrego Asesor Educativo		Nancy Orrego.	
LINA MARCELA GONZALEZ GARCIA COPASST.		LINA MARCELA G.	

Fecha de realización: marzo 11 2020.	Nombre de la formación: Biossegurança Indução S6SS7-A7-Incid tes - Plan emergência- Resíduos Soludos.	Tipo de formación: Capacitación <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/>	No.
Duración: 3 horas.			
Observación:			
Nombre y cargo de facilitador		Firma	
Katherine Ramirez Ariz Responsable S6SS7			
Nombre y cargo de asistentes		Firma de los asistentes	
Laura Fernancla Cardona - Estudiente Aux Enf.		Laura Cardona.	

Fecha de verificación de eficacia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsable de verificación: \_\_\_\_\_



Fecha de realización: marzo 5. 2020.	Nombre de la formación: Procedimiento AP- A7- Brigada- Area protegida- Investigación y reporte. AP y A7- plan emergencia	Tipo de formación: Capacitación Entrenamiento <input type="checkbox"/>	No.
Duración: 2 hr.			
Observación			
Nombre y cargo de facilitador		Firma	
Katherine Ramirez Responsable SG SST			
Nombre y cargo de asistentes		Firma de los asistentes	
Angelica Valencia Secretaria Académica			
LINA MARCELA GONZALEZ		LINA MARCELA G	

Fecha de verificación de eficacia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Responsable de verificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_