	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código CBA-SA SGSST MN
		Versión :00
		Fecha:

NOMBRE EXPOSITOR	ENFERMERIA CBA	FECHA		
		DIA:	MES:	AÑO:
EMPRESA	ASILO SANTA ANA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	HORAS TOTAL
TEMA DEL EVENTO	SOCIALIZACION PLAN DE ENFERMERIA			

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	Katerine Estefani Ramirez	enfermera	1036946475	Katerine Estefani Ramirez.
2	Ana Flor Angela C A	enfermera	22025652	Ana Flor Angela Ceballos A
3	Alexandra Benitez P	Enfermera	1004147673	Alexandra Benitez P.
4	Johana Marcela Cardona	Enfermera	1036947029	Johana C.
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

FIRMA DEL FACILITADOR:

