ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
Belalcázar Caldas
Registro de Asistencia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Socialización encuesta de evaluación de cobertura de vacunación

FECHA: 02-10-2025 LUGAR: Hospital San Antonio V/m RESPONSABLE: Ana María Marín V

Nº	Nombre (s) y apellido (s)	Nº Documento	Teléfono	Entidad /Dependencia	Grupo Poblacional	Firma
1	Alejandra Gallego A	304 000935	3114121264	Dirección local de salud	8	
2	Ana María Marín V	1060655702	3128822906	Hospital San José	8	
3	Claudia Pinzón	40265860	3146662328	Hospital Protección Social	8	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*Grupo Poblacional:(1) Persona con discapacidad, (2) Víctima del conflicto, (3) Afrocolombiano, (4) Indígena, (5) Menor de 18 años, (6) Desmovilizado, (7) Adulto Mayor, (8) Otra