**CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO ANTONIA SANTOS**

**Nombre del coordinador responsable de la unidad operativa propia o tercerizada:**

**Yo** **Yesenia Patricia Rubio León**

**Me comprometo a desarrollar junto con los integrantes de la unidad operativa más adelante mencionados, las acciones previstas para la adopción del Plan de Saneamiento Básico.**

| RESPONSABLES | NOMBRE | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| **Responsable, Coordinador o Director de la unidad operativa** | **Yesenia Rubio León** | **52466849** | **Coordinadora** |  |
| **Responsable y/o Delegado Administrativo** | **Martha Milena Torres Rodríguez** | **41950133** | **Auxiliar de enfermería** |  |
| **Supervisor o jefe de Servicios Generales u otro delegado** | **Nubia Patricia Ramírez Suarez** | **52037092** | **Operaria de Servicios Generales** |  |

**Fecha de la adopción: 24/04/2023**

Nota: **El formato se actualizará toda vez que cambie el responsable de la unidad operativa.**