



NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN Y/O SOCIALIZACIÓN:

Taller # 1 Lengua de Señas

DURACIÓN:

1 Hora 30 minutos

EXPOSITOR:

Luisa Fda Bonilla Arango

ITEM	FECHA *	NOMBRE COMPLETO	N° CÉDULA	PROCESO / SERVICIO	CARGO	FIRMA	CORREO
1	31/8/21	Maria Fda Vaz L-3					
2	31/8/21	Paco Cartagena Ch.	31-901-853	Hospitalización	Jef. Pat.		
3	31/8/21	Yeli Milene Sanchez	1054484308	Seguridad d. Pac.	AUX Enf.		
4	31/8/21	Huaso Romero S.	1143931762	Ortoterapia	Ortoterapeuta		
5	31/8/21	Paola X. Olaya S.	66963957	Señalada	Coordinadora		
6	31/8/21	Catalina Chelona	38603176	Señalada	Coordinadora		
7	31/8/21	Luisa Fda Bonilla	1053821609	Calidad	Seg. Paciente		
8	31/8/21	Marcela Moreno N.	123410A231	Calidad	Aux adm.		
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							