

FORMATO

REGISTRO DE ASISTENCIA Y/O SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS



NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN Y/O SOCIALIZACIÓN: Atencion de usuarios preferenciales y chequeo de servicios.

DURACIÓN: 1 hora

EXPOSITOR:

Cefe Jennifer Godoy Acevedo

ITEM	FECHA	NOMBRE COMPLETO	N° CEDULA	PROCESO / SERVICIO	CARGO	FIRMA	CORREO
1	11/09/22	Luis O. Trujillo	1130646890	Presencia	Barumedico		lortrujillo@clinica-versalles.com.co
2	11/09/22	Christian Duran Petyes Pellet	1144138145	Referencia	Polimédico		chpettyes@clinica-versalles.com.co
3	11/09/22	Luisa Gonzalez	1130669994	Referencia	Directora Asistencia		lgonzalez@clinica-versalles.com.co
4	11/09/22	Maria Garcia	1144155613	Referencia	Jefe de Cronia		mgarcia@clinica-versalles.com.co
5	11/09/22	Carlos Ospina	62542228	Referencia	Quimico		cospina@clinica-versalles.com.co
6	11/09/22	David Durango	633567	Referencia	Quimico		ddurango@clinica-versalles.com.co
7	11/09/22	Miguel Benavente	1113518883	Referencia	Paramédico		mbenavente@clinica-versalles.com.co
8	12/07/22	Jose S. Cardona	1144085729	Referencia	Comunicador		jscardona@clinica-versalles.com.co
9	12/09/22	Maria Gabriela Pantoja	1105327631	Referencia	Comunicador		mpantoja@clinica-versalles.com.co
10	12/09/22	Luis Flor Wiro	1130651319	Referencia	Operador Cg		lflor@clinica-versalles.com.co
11	12/09/22	Jennifer Godoy Acevedo	67037338	Referencia	Coordinadora		jgodoy@clinica-versalles.com.co
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							