

Nombre de la Actividad: **HA3.2.1.1.0 Bioseguridad**

Área Responsable: **Epidemiología del Hospital el Almirante**

Fecha: **13/07/2023**

Modalidad de la Reunión:  Presencial  Virtual

Hora: **10:00AM - 11:00AM**

Lugar/Plataforma:

Hospital local el Almirante

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Norma Espinosa	F	001-1011855	Coord. Hosp Almirante	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	norma@hospalmirante.gub.ve
Norma Henke	F	00800195331	Enferm.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	norma@hospalmirante.gub.ve
Yeyla Pineda	F	01800035768-1	Enf.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	yeyla@hospalmirante.gub.ve
Solimar R. Paz	F	001-02555236	Enf.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	solimar@hospalmirante.gub.ve
Juan Alvarez	M	00113650207	Asist. Adm.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	juan@hospalmirante.gub.ve
Yohanna	F	223010026	Enferm.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	yohanna@hospalmirante.gub.ve
Ismael Paredón	M	402-4104109	Operario	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	ismael@hospalmirante.gub.ve
Diego Bohia	F	016-0059154	Asist. Adm.	Hosp Almirante	<i>[Firma]</i>	diego@hospalmirante.gub.ve

\*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.  
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

