

**ANEXO 9**  
**REPORTE DE CASOS CONFIRMACION POR COVID 19**  
**PARA SU DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN AL MINISTERIO DE SALUD**

<b>Nombre completo de la persona contagiada.</b>	
Fecha	
Número de cédula	
Número de teléfono	
Dirección de casa de habitación.	
<b>Contacto personal del colaborador</b>	
Número de cédula	
Número de teléfono	
Dirección de casa de habitación.	