

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-25
Act. 06
2020.nov.06

CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/>	INDUCCION <input type="checkbox"/>	ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>
FECHA: 26-04-2023	LUGAR: Oficina Suba	ERX, Asma, Transmisión Perinatal		
TEMAS INCLUIDOS: VEH, Hipertensión Congénita,				
CAPACITADORES: Cima Marilyn Guaca	EXTERNO <input type="checkbox"/>	INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		
TIPO DE CAPACITADOR:				
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA	
Blanca Maniz	USUARIO	Suba	Blanca Maniz	
Leilun Armutem	USUARIO	Suba	Leilun Armutem	
Rafael MAPPARI	USUARIO	Suba	Rafael MAPPARI	
SESANNIA DEGA	USUARIO	Suba	SESANNIA DEGA	
Arshilma JORDAN	USUARIO	Suba	Arshilma JORDAN	
Ylexy Herrera Pinedo	USUARIO	Suba	Ylexy Herrera Pinedo	
Maria Rúa Ordoñez	USUARIO	Suba	Maria Rúa Ordoñez	
Andria Peña Sierra.	USUARIO	Suba	Andria Peña Sierra.	
Angie Herrera ALONSO	USUARIO	Suba	Angie Herrera ALONSO	
Paola Carolina CAS	USUARIO	Suba	Paola Carolina CAS	
Natali Castillo	USUARIO	Suba	Natali Castillo	
Diego ESCOBAR	USUARIO	Suba	Diego ESCOBAR	
Tania Servulo Peltre	USUARIO	Suba	Tania Servulo Peltre	

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de Política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.