

LISTADO DE ASISTENCIA

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

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: Septiembre 7-2023 LUGAR: Oficina Atención al Usuario - Miraflores

TEMAS INCLUIDOS: Autocuidado - Calidad de Vida - Deberes y Derechos

CAPACITADOR(ES): Daniela Ceallar

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO HORA DE INICIO: HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Dorisy González	Usuario	Guayaquil	
Maria Inés Pacheco	Usuario	Guayaquil	
Alicia Ama Feleber	Usuario	Guayaquil	Alicia Ama Feleber
FRANCITO RODRIGUEZ Lopez	Usuario	Guayaquil	FRANCITO R. L.
Monry Mendez Medina	Usuario	Guayaquil	Monry Mendez Medina
Candelaria Pérez Herrera	Usuario	Guayaquil	
Williamys Bravo	Usuario	Guayaquil	Williamys Bravo
Adriana Sofía Cano Silva	Usuario	Guayaquil	Adriana Sofía Cano
Yury Garrido Rojas	Usuario	Guayaquil	Yury G. R.
Maria E. García	Usuario	Guayaquil	Maria E. G.

FIRMA DEL CAPACITADOR
Daniela Ceallar

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 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.

LISTADO DE ASISTENCIA

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

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: Septiembre 14-2023 LUGAR: Oficina Atención al Usuario - Mirides.

TEMAS INCLUIDOS: Canales de Comunicación - Herramientas de Atención.

CAPACITADOR(ES): Claudia García

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO HORA DE INICIO: HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Carol Sandoval León	USUARIO	Mirides	
Bysselo Puntero	USUARIO	Mirides	Andrés Puntero
Alexandra Muñoz M.	USUARIO	Mirides	Alexandra Muñoz
Mariana Aimara León G	USUARIO	Mirides	MG
Giovanny León Guerra	USUARIO	Mirides	
Joan Gabriel León Guerra	USUARIO	Mirides	
Carol silvana naranjo	USUARIO	Mirides	Carol naranjo girones
dulce Basilio	USUARIO	Mirides	dulce Basilio
Mercedes las Rubio J.	USUARIO	Mirides	Mercedes las Rubio J.
Maria Serrano	USUARIO	Mirides	Maria Serrano
Paola Andica Cabrita	USUARIO	Mirides	Paola A.C.B.

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 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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD
 FECHA: Sept - 21 - 2023 LUGAR: Oficina de Atención al Usuario - Mirida
 TEMAS INCLUIDOS: Sistema Transaccional (SAT) - Cuentas modernas - copagos
 CAPACITADORES: MARICELA CARRAN
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Clady's</u>	<u>CAPIFAN</u>	<u>Mirida</u>	<u>Clady's</u>
<u>Pablo Barroso</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>PB</u>
<u>Aaron O'Hago. P</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>AO</u>
<u>Angel Hago</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>AH</u>
<u>Mia Martinez</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>MM</u>
<u>Aranza Martinez</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>AM</u>
<u>Romaris Martinez</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>RM</u>
<u>Zoraida Rodriguez</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>ZR</u>
<u>Mariana Guerra</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>MG</u>
<u>Marco Antonio Montesquez</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>MA</u>
<u>Bricelda Cortilla Diaz</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>BC</u>
<u>Ershan Vas Lardera</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>EV</u>
<u>Edgar Bonza</u>	<u>USUARIO</u>	<u>Mirida</u>	<u>EB</u>

FIRMA DEL CAPACITADOR MARICELA CARRAN

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.

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: Septiembre 28 - 2023 LUGAR: Oficina Atención al Usuario
 TEMAS INCLUIDOS: Red de servicios - Referencia y contrareferencia.
 CAPACITADORES: Felipe Ortiz
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO

HORA DE INICIO: HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Yangel Garcia</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Roberto J. Hallberg</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Zoraida Mesa Flores</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Zoraida Mesa</u>
<u>Rosa Fuentes</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Rosa Fuentes</u>
<u>Clara Barba</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Martina Hagbore</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>APSCIO Gudiñer</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Alfonso Rodríguez</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Kelby Priano Flores</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Kelby P.</u>
<u>Zenaida Castillo</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Zenaida</u>
<u>Yani Paola Lopez</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Paola</u>
<u>Dudío Barton</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Dudío Barton</u>
<u>Claudia Ortiz Torres</u>	<u>Usuario</u>	<u>Guainy</u>	<u>Claudia Ortiz Torres</u>


 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 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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.