

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-25
Act. 06
2020.nov.06CAPACITACION ☐ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐FECHA: Noviembre LUGAR: 'TEMAS INCLUIDOS: Canales de atenciónCAPACITADORES: Yaneth BayonaTIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☐ EXTERNO ☐ HORA DE INICIO: 7:10 HORA FINAL: 2:30

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Yolbeth Canales Rodríguez	Asistente	N/S	<i>[Firma]</i>
Disney Claro	Asistente	N/S	Disney Claro
Yenny Paola Ascanio	Asistente	N/S	Yenny Paola Ascanio
María Paola Sanguino	Asistente	N/S	María Paola Sanguino
Emilda Piedad	Asistente	N/S	Ana Paola P
Ana Paola Burgos	Asistente	N/S	Reinalda Bayona
Reinalda Bayona	Asistente	N/S	Martha Ortega
Martha Ortega	Asistente	N/S	Yaneth Bayona
Yaneth Bayona	Asistente	N/S	Edy Teresina Piedad
Edy Teresina Piedad	Asistente	N/S	Yair
Yair Perez Toro	Asistente	N/S	Yair Perez Toro
Anistides Parada	Asistente	N/S	Anistides Parada
Yaneida A.	Asistente	N/S	Yaneida A.

FIRMA DEL CAPACITADOR

En 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 la entidad, dispuesto 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.

LISTADO DE ASISTENCIA

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

CAPACITACION ☒ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐

FECHA: 10 de noviembre 2023 LUGAR: Oficina de apoyo

TEMAS INCLUIDOS: evaluación de competencias

CAPACITADOR(ES): Francisco García

TIPO DE CAPACITADOR: ☒ INTERNO ☐ EXTERNO ☐ ☐

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Claudia Jimena Páez García</u>	<u>Uguay</u>	<u>La Playa</u>	<u>Claudia Jimena Páez</u>
<u>TORCOPOMA GARCIA D</u>	<u>Uguay</u>	<u>La Playa</u>	<u>TORCOPOMA GARCIA</u>
<u>Solely Teliana Pérez Álvarez</u>	<u>Uguay</u>	<u>La Playa</u>	<u>Solely Pérez</u>
<u>María Emma del mar E.</u>	<u>Uguay</u>	<u>La Playa</u>	<u>María Emma del mar E.</u>
<u>Elisbeth Vergel Castilla</u>	<u>Uguay</u>	<u>La Playa</u>	<u>Elisbeth Vergel C.</u>
<u>EDGARRUEBAS</u>	<u>Uguay</u>	<u>EDGARRUEBAS</u>	<u>EDGARRUEBAS</u>
<u>Monica Liliana</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Monica Liliana</u>
<u>Solely Socio Pérez</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Solely Socio Pérez</u>
<u>Yolana Galvis</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Yolana Galvis</u>
<u>Lorena Arias</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Lorena Arias</u>
<u>Lorena León</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Lorena León</u>
<u>Yolana Starz</u>	<u>Uguay</u>	<u>Arateque</u>	<u>Yolana Starz</u>

FIRMA DEL CAPACITADOR Francisco García

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 suministrados 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: 10 de 2023 LUGAR: Oficina de Asesoría

TEMAS INCLUIDOS: Manejo de Emergencias

CAPACITADORES: Yolanda Alvarez

TIPO DE CAPACITADOR: ☒ INTERNO ☐ EXTERNO ☐

HORA DE INICIO: ☐ HORA FINAL: ☐

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Yolanda Alvarez	Asistente	N/S	Yolanda Alvarez
Ferni Quintero	Asistente	N/S	Ferni Quintero
Docenith Velasquez	Asistente	N/S	Docenith V. G.
Maria Ascan	Asistente	N/S	Maria Ascan
Yonica Liliana Garcia	Asistente	N/S	Yonica Liliana G.
Diana Marcela Arenas	Asistente	N/S	Diana M. Arenas
Kelly Johana C.	Asistente	N/S	Kelly Johana C.
Ruth Cosnol	Asistente	N/S	Ruth Cosnol
Yaren Campos	Asistente	N/S	Yaren Campos
Yamela Martinez	Asistente	N/S	Yamela Martinez
Yana Isabel Ortiz	Asistente	N/S	Yana Isabel Ortiz
Yanara Guerrero	Asistente	N/S	Yanara Guerrero
Yana P. Pineda	Asistente	N/S	Yana P. Pineda

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, rectificación y actualización 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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.