

LISTADO DE ASISTENCIA

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

CAPACITACION ☐	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: Enero 2023	LUGAR: Oficina Municipal			
TEMAS INCLUIDOS: Capacidades de los operadores de D.O.				
CAPACITADORES: Edith Bayona				
TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☒	EXTERNO ☐	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:	

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Zoraida O. Garcia S.	Usuario	N/S	Zoraida O. G.
Marty Jimenez Q. C.	Usuario	N/S	Marty X. C.
Jesús Alvario Barahona	Usuario	N/S	Jesús Alvario Barahona
Fariel Colman S	Usuario	N/S	Fariel Colman S
Rafael Ascanio T	Usuario	N/S	Rafael Ascanio T
Freiman Bayona Duran	Usuario	N/S	Freiman Bayona Duran
Edith Jimenez T	Usuario	N/S	Edith Jimenez T
Enay Ascanio	Usuario	N/S	Enay Ascanio
Fabian Ortiz	Usuario	N/S	Fabian Ortiz
Leidy Becerra Jaime	Usuario	N/S	Leidy Becerra.
Ana Elvira Toro Bayona	Usuario	N/S	Ana Bayona.
Ana Maribel Toralona.	Usuario	N/S	Ana Maribel Toralona.
Blanca Oliva Sanchez	Usuario	N/S	Blanca Sanchez

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 e 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, disponible 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: <u>Enero 2023</u>	LUGAR: <u>Deberny Deberny, copagos Cuotas Helderados.</u>			
TEMAS INCLUIDOS: <u>Deberny Deberny, copagos Cuotas Helderados.</u>				
CAPACITADORES: <u>Nathalia Baez</u>				
TIPO DE CAPACITADOR: <u>INTERNO</u> ☒		<u>EXTERNO</u> ☐	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Herminda Sangum D.</u>	<u>Clouano</u>		<u>Herminda</u>
<u>Rafaela Sangua</u>	"		<u>Rafaela Sangua</u>
<u>Arisolina Pérez</u>	"		<u>Arisolina Perez</u>
<u>Yolanda Clara</u>	"		<u>Yolanda Clara</u>
<u>Yolanda Clara</u>	"		<u>Yolanda Clara</u>
<u>Zoraida Luceth Garcia</u>	"		<u>Zoraida Luceth</u>
<u>Nataly Penarando Sangum</u>	"		<u>Nataly</u>
<u>Godoly not Breval</u>	"		<u>Godoly not B.</u>
<u>Nathalia</u>	"		<u>Nathalia</u>
<u>Eli Margarita Toyado</u>	"		<u>Eli</u>
<u>Nathalia Garcia Dora</u>	"		<u>Nathalia Garcia Dora</u>
<u>Nathalia Garcia Dora</u>	"		<u>Nathalia Garcia Dora</u>

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, rectificación 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 a 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.