

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

CAPACITACION	INDUCCION	ENTRENAMIENTO	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	ACTIVIDAD
FECHA: Julio 02 - 2023	LUGAR: Sala Atención al Usuario - Oficina Inirida			
TEMAS INCLUIDOS: Medidas de Autocuidado - Hábitos Saludables - Deberes y Derechos				
CAPACITADOR(ES): Luz Daniela Cevallos				
TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO	EXTERNO	HORA DE INICIO: 09:00 AM	HORA FINAL: 10:00 AM	
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA	
Frazer Vazey	Usuario	Inirida	Frazer Vazey	
	Usuario	Inirida		
Sergio Escobar	Usuario	Inirida	Escobar	
Leida Rodriguez	Usuario	Inirida	Leida Rodriguez	
Reafael Lopez C.	Usuario	Inirida	Reafael Lopez C.	
Ana Cecilia Ojeda	Usuario	Inirida	Ana Cecilia Ojeda	
Ansuelo Ortiz.	Usuario	Inirida	Ansuelo Ortiz	
Nubia A. Poma	Usuario	Inirida	Nubia A. Poma	
Glennam Vaca	Usuario	Inirida	Glennam Vaca	
Horgely Mendez	Usuario	Inirida	Horgely Mendez	

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 recolectados², 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 rñbor legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-25
Act. 06
2020 nov/06

CAPACITACION ☒	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: JUNIO - 09 - 2023	LUGAR: Sala Espora Oficina Coosalud - Invinda.			
TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad - movilidad - novedades - Deberes y Derechos				
CAPACITADORES: Mariana C. Carran				
TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☒	EXTERNO ☐	HORA DE INICIO: 09:00 AM	HORA FINAL: 10:00 AM	

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Carlos Dario Baquerio Otero	USUARIO	Invinda	
Lina Marcela Acosta	USUARIO	Invinda	
Ysabel Guevara	USUARIO	Invinda	
Marcela Lucia Echazot.	USUARIO	Invinda	
Ismael Hector E	USUARIO	Invinda	
Manuel Libardo Lopez Medina	USUARIO	Invinda	
Amberly Greidy Garrido Perez	USUARIO	Invinda	
Luz Emelisa Aguirre Villanueva	USUARIO	Invinda	
Isabella Andrea Quintero B.	USUARIO	Invinda	
Yolimar Gonzalez	USUARIO	Invinda	
Delia Torres	USUARIO	Invinda	

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 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.

LISTADO DE ASISTENCIA

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

CAPACITACION

INDUCCION

ENTRENAMIENTO

SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

ACTIVIDAD

FECHA:

UNIO - 21 - 2023

LUGAR:

Oficina Coosalud Invid - Sala de Espera.

TEMAS INCLUIDOS:

Red de Servicios - Horarios de Atención - Requisitos Referencia - Deberes y Derechos

CAPACITADOR(ES):

Ernesto Medina.

TIPO DE CAPACITADOR:

INTERNO

EXTERNO

HORA DE INICIO: 09:00 AM

HORA FINAL: 10:000 AM

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Rafaela López C.	Uvario	Invid	Rafaela López C.
Martha Guain Gaijan	Uvario	Invid	Martha G
José Leonor Corillo	Uvario	Invid	José Leonor
Simone Barera	Uvario	Invid	Simone B.
Olivero Yeper	Uvario	Invid	Olivero Y.
Alejandro H. P. C.	Uvario	Invid	Alejandro C.
Rosa Helena Nafte	Uvario	Invid	Rosa Helena
Sally Janet Medina	Uvario	Invid	Sally Janet Medina
Della Yolima Merao Camero	Uvario	Invid	Della M.
María Martínez	Uvario	Invid	María Martínez
Ligia de Yacuti	Uvario	Invid	Ligia de Yacuti
Hosley Yonana Rodríguez	Uvario	Invid	Hosley R.
Guadalupe Cruz	Uvario	Invid	Guadalupe Cruz
Ronald Mota	Uvario	Invid	Ronald Mota

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.

LISTADO DE ASISTENCIA

GT11-25
Act. 06
2020.nov.06

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

FECHA: JUNIO - 28 - 2023 LUGAR: Sala de Espem - Oficina Coosalud Invida

TEMAS INCLUIDOS: Caves de Comunicación - Horario de Atención - Red Urgencias - Deberes y Derechos

CAPACITADORES: Claudia Carria. TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☒ EXTERNO ☐ HORA DE INICIO: 09:00 AM HORA FINAL: 10:00 AM

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<i>Roberto Edilma Torres</i>	USUARIO	Invida	
<i>Arley Cristina Velasquez</i>	USUARIO	Invida	
<i>Alvaro Santiago Araya A.</i>	USUARIO	Invida	
<i>Fabrizio Ray Guillen</i>	USUARIO	Invida	
<i>Korlin H. Segura F.</i>	USUARIO	Invida	
<i>Raymondo Del Rosta</i>	USUARIO	Invida	
<i>Alvaro C. S.</i>	USUARIO	Invida	
<i>María Del Mar Castillo B.</i>	USUARIO	Invida	<i>María del Mar Castillo</i>
<i>Pauline Fernandez</i>	USUARIO	Invida	<i>Pauline Fernandez</i>
<i>Orlando Cacho</i>	USUARIO	Invida	<i>Orlando Cacho</i>
<i>Yordan Colina</i>	USUARIO	Invida	<i>Yordan Colina</i>
<i>Arshel Fonseca</i>	USUARIO	Invida	<i>Arshel Fonseca</i>
<i>Isidry Rosero</i>	USUARIO	Invida	<i>Isidry Rosero</i>

Claudia Carria
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 suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.