

4505

[illegible]

FIRMA DEL CAPACITADO

[Signature]

la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que antecede a COOSM-UD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar y controlar asistencia a eventos operativos. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, acceso, actualización, disposición para su consulta en el sitio web: www.coosmud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

APACIACION ☐

INDUCCION ☐

ENTRENAMIENTO ☐

SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐

ACTIVIDAD ☐

ECI-IR: Enero 2021

EMASINCLUIDOS:

CAPACITADORES:

TIPO DE CAPACITADOR:

INTERNO ☐

EXTERNO ☐

ASISTENTE

CARGO

HORA DE INICIO:

HORA FINAL:

James Rafael Hernández Pérez

Luzmaris Cortes Espinoza

Paola Mailla Hernandez

Ingrid Burgos Toribio

Leis Torres Espinoza

Marcela Roatan Priatah

Melis Quiñones Guerrero

Taine Torres Bonifato

Belle Torres Torres

Blanca Torres

Yasmin Castro

Bryan Pedraza

Cindy Torres

FIRMA DEL CAPACITADOR

FIRMA

James Rafael Hernández Pérez

Luzmaris Cortes Espinoza

Paola Mailla Hernandez

Ingrid Burgos Toribio

Leis Torres Espinoza

Marcela Roatan Priatah

Melis Quiñones Guerrero

Taine Torres Bonifato

Belle Torres Torres

Blanca Torres

Yasmin Castro

Bryan Pedraza

Cindy Torres

FIRMA DEL CAPACITADOR

FIRMA DEL CAPACITADOR

Se debe presentar este 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 a cabo actividades de atención y seguimiento a los usuarios, así como de brindar información y orientación a los usuarios, de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos, para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esto, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION ☐		INDUCCION ☐		ENTRENAMIENTO ☐		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐		ACTIVIDAD ☐	
EC-1A: Enero 2021		TEMAS ASIGNADOS:		LUGAR: Succeso Rodadero					
CAPACITADORES:		TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO ☐		EXTERNO ☐			
ASISTENTE		CARGO		HORA DE INICIO:		HORA FINAL:			
Thonlano Rodriguez		afiliado				Thonlano R.			
Adolfo Salas Rodriguez		afiliado				Adolfo			
Josni Carasquez		afiliado				Josni C.			
Manuel Lopez Tercin		afiliado				Manuel L.			
Zibran Gomez		afiliado				Zibran G.			
Cristina Payan		afiliado				Cristina P.			
Deborah Salgado		afiliado				Deborah S.			
Maria Pinedo Moreno		afiliado				Maria P.			
Marcelo Samirano		afiliado				Marcelo S.			
Franc de Ara		afiliado				Franc de A.			
Yolanda Gomez		afiliado				Yolanda G.			
Jenny Sosa Fuentes		afiliado				Jenny S.			
Sideridis Cangelina Cuevas		afiliado				Sideridis C.			
Luz Ylana Fuentes Belon		afiliado				Luz Ylana B.			

FIRMA DEL CAPACITADOR: *[Signature]*

La siguiente es una copia del documento original de matrícula, previa y debidamente informada que antecede a COOSALUD para efectuar el tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar a cabo el control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, rectificación y cancelación que tengo con relación a los datos personales conforme a la política de tratamiento de datos de la Policía de Tratamiento de Información y de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esto, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservación.

CAPACITACION ☐		INDUCCION ☐		ENTRENAMIENTO ☐		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐		ACTIVIDAD ☐	
EQUIPO: Grupo 2021		LUGAR: Socorro, Bolívar							
CAPACITADOR(ES):		INTERNO ☐		EXTERNO ☐		HORA DE INICIO:		HORA FINAL:	
EQUIPO DE CAPACITADOR:									

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Andrés Mercedes Bot Rivas	apiliao		Andrés Bot Rivas
Leonora Mandoza Portia	apiliao		Leonora Mandoza
Wendy Conchita Guevara	apiliao		Wendy Conchita
Ismael Lozano	apiliao		Ismael Lozano
Leidy Vargas (Chirre)	apiliao		Leidy Vargas
Yolgeri Prieto Gomez	apiliao		Yolgeri Prieto
Samir V.B.	apiliao		Samir V.B.
Pomelo Rivas	apiliao		Pomelo Rivas
Rafaela P.P.	apiliao		Rafaela P.P.
Nobel Guevara Ortiz	apiliao		Nobel Guevara
Yolaine Solis V.	apiliao		Yolaine Solis
Yolaine Polina V.	apiliao		Yolaine Polina
Wilson Flores Miranda	apiliao		Wilson Flores
Andrés Ladevitt			Andrés Ladevitt

FIRMA DEL CAPACITADOR

Leidy

La firma 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 capacitación. Declino 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. Declino 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 Información.

CAPACITACION ☐		INDUCCION ☐		ENTRENAMIENTO ☐		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐		ACTIVIDAD ☐	
EQUIPO: <u>Eno Boss</u>		LUGAR: <u>Sucursal Bolívar</u>							
CAPACITADOR(ES):		INTERNO ☐		EXTERNO ☐		CARGO		HORA DE INICIO:	
TIPO DE CAPACITADOR:								HORA FINAL:	
ASISTENTE									
<u>Kelly Espina</u>	<u>hubs</u>					<u>Afiliaado</u>		<u>SUCURSAL</u>	
<u>Jessica Izquierdo</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>FIRMA</u>	
<u>MILENA Fuentes</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Kelly Espina</u>	
<u>Patricia Rubio</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>MILENA F</u>	
<u>Norma Pineda</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Patricia Rubio</u>	
<u>Jessica Santibañez</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Norma Pineda</u>	
<u>Justa Sanchez morales</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Jessica Santibañez</u>	
<u>Thayd Barrios Alvarado</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Justa Sanchez</u>	
<u>Thayd Lopez Torres</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Thayd Barrios</u>	
<u>Elisaveth Lopez</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Thayd Lopez</u>	
<u>Thayd Lopez</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Elisaveth Lopez</u>	
<u>Estelita Buitrago</u>						<u>Afiliaado</u>		<u>Thayd Lopez</u>	

FIRMA DEL CAPACITADOR

La firma del presente documento manifiesta 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 a cabo actividades asistenciales, de capacitación, de estudio que se debe informar 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 datos de COOSALUD, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservación.