

CAPACITACION	☐	INDUCCION	☐	ENTRENAMIENTO	☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	☐	ACTIVIDAD	☐
FECHA:									
TEMAS INCLUIDOS:									
CAPACITADOR(ES):									
TIPO DE CAPACITADOR:	INTERNO	☐	EXTERNO	☐	HORA DE INICIO:		HORA FINAL:		

[illegible]

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.