

 <p>Consortio Salud Comfenalco Valle EPS del agente Comprometidos con la salud del agente</p>	FOR-GHU-009	Página 1 de 2
	LISTA DE ASISTENCIA	VERSION 2

Fecha: 12/07/19 Ciudad: Cali No. Horas Programadas

Tema: Rendición de cuentas EPS 2018

Facilitador: Ofonica Ortega

NOMBRE	CARGO	PROCESO / EMPRESA	FIRMA
Inés Obando E.	COORD. IN PRIMARIA	Gestión Salud	[Firma]
Anny C. Rincon H.	Epidemiólogo	G. Salud	[Firma]
Martha V. Hurtado	Médico	G. Salud	[Firma]
Monica Elia Jimenez	Higienista oral	Salud	[Firma]
Edgar Troncano	Usuario		[Firma]
Andrés Ballesteros	[Firma]	Cell	[Firma]
Luz V. Morales	Coordinadora Salud	Cooperativa	[Firma]
Juz Amparo Castro	Profesional	Contabil-Fin.	[Firma]
Adriana Rojas	Profesional	Financiera	[Firma]
Laura Sanchez	profesional SAC	SAC	[Firma]

[Firma: Ofonica Ortega]

Responsable de la Capacitación

Página 1 3

Con mi firma que aparece en este documento, autorizo a CONSORCIO SALUD EPS COMFENALCO VALLE de manera previa, expresa e inequívoca, el tratamiento de mis datos personales aquí consignados (o los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), con la finalidad de dejar registro de mi participación en este evento, así como poder realizar contacto futuro para las actividades que en lo sucesivo pudieren llegarse a programar. Así mismo, declaro que conozco y acepto los lineamientos contenidos en la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co.

También declaro que he sido informado que puedo oponerme al tratamiento de datos sensibles o de menores, lo que acepto y en caso de tener alguna consulta, petición, queja o reclamo, sé que podré dirigirme a la Corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas 8862727 - 018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación, enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).

El contenido de este documento es información privilegiada y confidencial de Consorcio Salud. Está prohibida su retención, grabación, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la previa y expresa autorización legítima del propietario. Recuerde que la interceptación y sustracción de esta información está sujeta a sanciones penales correspondientes (ley 1273 del 2009). Recordemos que todos debemos aportar al cumplimiento de la ley 1581 del 2012, sobre protección de datos personales.

Fecha: 12 / 07 / 19 Ciudad: Cali No. Horas Programadas 2

Tema: Rendición de cuentas EPS 2018

Facilitador: Monica Ortega

NOMBRE	CARGO	CC PROCESO / EMPRESA	FIRMA
<u>ARMANDO TORRES</u>	<u>Presidente</u>	<u>ASISCOM</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Leonil Bruna</u>	<u>Vocal</u>	<u>ASISCOM</u>	<u>[Firma]</u>
<u>EDISON WALTER</u>		<u>16590327</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Xiomara Torres</u>	<u>Vicepresidente</u>	<u>GA 019-082</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Quis A. Herrera</u>	<u>Vocal 1°</u>	<u>14436473</u>	<u>[Firma]</u>
<u>María Rueda</u>	<u>Vocal</u>	<u>880000</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Astrid Elena Vera</u>	<u>Prof. Spec. SSPMC</u>	<u>67014900</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Hilda M. Cortez</u>	<u>UJURIA</u>	<u>31906548</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Reynaldo Quintero</u>		<u>31249614</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Monica Ortega</u>	<u>Coord. ss al cte</u>	<u>salud</u>	<u>[Firma]</u>

[Firma]
Responsable de la Capacitación

Con mi firma que aparece en este documento, autorizo a CONSORCIO SALUD EPS COMFENALCO VALLE de manera previa, expresa e inequívoca, el tratamiento de mis datos personales aquí consignados (o los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), con la finalidad de dejar registro de mi participación en este evento, así como poder realizar contacto futuro para las actividades que en lo sucesivo pudieren llegarse a programar. Así mismo, declaro que conozco y acepto los lineamientos contenidos en la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co.

También declaro que he sido informado que puedo oponerme al tratamiento de datos sensibles o de menores, lo que acepto y en caso de tener alguna consulta, petición, queja o reclamo, sé que podré dirigirme a la Corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas 8882727 - 018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación, enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).

El contenido de este documento es información privilegiada y confidencial de Consorcio Salud. Está prohibida su retención, grabación, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la previa y expresa autorización legítima del propietario. Recuerde que la interceptación y sustracción de esta información está sujeta a sanciones penales correspondientes (Ley 1273 del 2009). Recordemos que todos debemos aportar al cumplimiento de la ley 1581 del 2012, sobre protección de datos personales.

