

Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____

Formulario Levantamiento Información Promotor de Salud

Información del Representante

Nombre	
Apellidos	
Teléfonos	
No. de Cedula	
Dirección Personal	
Correo Electrónico	

Datos de la ARS para la cual labora

Nombre de la ARS	
Teléfonos	
Supervisor inmediato	

Firma (igual que la mostrada en la cédula)

Accesos/Capacitación/Difusión del documento

Accesos	Posiciones a ser capacitadas
Todo el personal de la oficina de atención al usuario	Equipo Timón

Historial de Cambios

Fecha	Versión	Descripción	Autores
29/06/2021	00	Emisión del documento	Kisairis De Gracia
22/07/2021	01	Se eliminó la parte de toma de huella dactilares y participación de de OFAU capacitaciones.	Kisairis De Gracia

Revisiones

Objetivo	Área/Posición	Firma revisado por:
Verificación de forma, redacción, cumplimiento a estándares de documentación y sintaxis del contenido	Gerencia de Calidad en la Gestión/ Analista de Calidad	Gabriel Payano/ Kisairis De Gracia
Verificación de cumplimiento con las leyes y regulaciones definidas (NOBACI ADC-004)	Dirección Jurídica / Gerente de Litigios	Tristán Carbuccia/ Ana Marianny Calderón

Firmas		
Elaborado por: Jennifer Cortorreal Analista de Coberturas de Alto Costo En Traspaso	Revisado por: Laydy Rodríguez Gerente de Acreditación	Aprobado por: Darío de Jesus Director de Atención al usuario

-Fin del Documento-