“Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así́ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico spmartinez@cundinamarca.gov.co”

NOMBRE DE LA EMPRESA / RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Recurso humano formado en Seguridad y Salud en el Trabajo(Escriba el nombre de la persona ) | Escriba Pregrado/ postgrado (Coloque el título obtenido como aparece en el diploma) (Incluir Postgrado si aplica) | Licencia SST No. | Fecha expedición | Expedida por | Teléfono de contacto del titular de la Licencia | VERIFICACIÓN por parte de Secretaria de Salud de Cundinamarca  |
|  |  |  |  |  |  | Soporte de formación | Soporte de vinculación |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recurso Humano (nombre de la persona) para soportar exámenes complementarios al examen médico ocupacional (espirómetría, visiometría /optometría o audiometría) | Pregrado – Escriba el título obtenido como aparece en el diploma | Teléfono de contacto del Profesional | Soporte de formación | Soporte de vinculación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: