“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](mailto:spmartinez@cundinamarca.gov.co)”

NOMBRE DE LA EMPRESA / RAZON SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE O TIPO DE EQUIPO | MARCA / MODELO /SERIE o REFERENCIA | PROPIO | ARRIENDO | No. DEL ULTIMO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN  (Si aplica) | FECHA ULTIMA CALIBRACIÓN  (Si aplica) | VERIFICACION Secretaria de Salud de Cundinamarca –  Carta de Propiedad o contrato de arrendamiento. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INSTALACIONES PARA PRESTAR SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO | UBICACIÓN /DIRECCION | INSTALACION PROPIA | ARRIENDO Y/O CONVENIO | CARACTERISTICAS Y/O ELEMENTOS PARA PRESTAR SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Firma)

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

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL