

REVISIONES Y ACTUALIZACIONES						
TIPO		FECHA	VERSION	DESCRIPCIÓN	ELABORADO POR	APROBÓ
ACTUALIZACION	REVISION					
x		18/12/2015	02	Se cambia estructura del encabezado	Daniel Correa Rojas Gestor Sistemas de Información	Martha Calderón Gestora del riesgo
	x	07/03/2016	02	Se actualiza el logo, respecto a condiciones de usos	Martha Calderón Gestora Del Riesgo	Mario Chaves Gerente
x		16/08/2016	03	Se actualiza el logo. Se revisa el documento, el cual no requiere actualización de contenido en el momento	Victoria Chaves Gestora Sistemas de Información	Mario Andrés Chaves Gerente
x		30/01/2019	04	Se actualiza logo e información a diligenciar	Martha Calderón Gestora Del Riesgo	Mario Andrés Chaves Gerente

Fecha: _____

Información del Empleado:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento: <i>(Marcar opción con una x)</i> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE / PERMISO <input type="checkbox"/>		Número:	
Cargo:			

Con el fin de que la empresa pueda dar cumplimiento a requisitos legales para el control de actividades relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo autorizo para que en el momento que se requiera, se proceda con la realización de evaluaciones, exámenes, pruebas y/o inspecciones que permitan un monitoreo de mi estado de salud o del cumplimiento a los reglamentos interno de trabajo o de higiene y seguridad y se tomen las medidas pertinentes dado el caso.

Declaro que se me ha informado, explicado y he comprendido completamente el propósito de los exámenes y/o pruebas que se me van a realizar tanto Médicas como de Laboratorio; fotos, videos.

Autorizo libremente y doy mi consentimiento para que el médico, la (el) asistente administrativa, la gerencia y/o la gestión del riesgo durante las actividades de seguridad y salud en el trabajo, pueda revisar mi historia clínica para hacer seguimiento y análisis para los fines estrictamente médicos, que sean necesarios dentro del desarrollo de los programas del sistema integral de gestión de la empresa. Autorizo la realización de pruebas y encuestas necesarias para obtener información necesaria para el desarrollo de los programas del Sistema Integrado de Gestión.

Como constancia de aceptación de lo anteriormente explicado firmo a continuación

Firma del trabajador: _____

Documento de Identidad: _____ de _____

Firma de testigo: _____

Documento de Identidad: _____ de _____

Como constancia de NO aceptación de lo anteriormente explicado firmo a continuación

Firma del trabajador: _____

Documento de Identidad: _____ de _____

Firma de testigo: _____

Documento de Identidad: _____ de _____

Ciudad y Fecha: _____