

COLEGIO COLOMBIANO DE SALUBRISTAS Y PREVENCIÓNISTAS LABORALES

FECHA DILIGENCIAMIENTO
DÍA / MES / AÑO



Colegio colombiano de salubristas
y prevencionistas laborales

FECHA RECEPCIÓN
DÍA / MES / AÑO

DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO: _____
DOC. IDENTIDAD: _____ DE: _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

FORMACIÓN

TÍTULO OBTENIDO: _____
INSTITUCIÓN: _____
FECHA GRADO: DÍA / MES / AÑO
NIVEL DE FORMACIÓN: TC: _____ TG: _____ PR: _____ ES: _____ MG: _____
TÍTULO OBTENIDO: _____
INSTITUCIÓN: _____
FECHA GRADO: DÍA / MES / AÑO
NIVEL DE FORMACIÓN: TC: _____ TG: _____ PR: _____ ES: _____ MG: _____

LICENCIA S Y ST

NÚMERO LICENCIA: _____
EMITIDA POR: _____
VIGENCIA HASTA: _____ ANEXO: _____

DEDICACIÓN PREFERENTE

SEGURIDAD INDUSTRIAL: _____ HIGIENE INDUSTRIAL: _____
ERGONOMÍA: _____ PSICOLOGÍA DEL TRABAJO: _____
SISTEMAS DE GESTIÓN: _____ PREV. EMERGENCIAS: _____
MEDICINA DEL TRABAJO: _____ INVESTIGACIÓN ATEL: _____

SERVICIOS PROFESIONALES OFRECIDOS

TRABAJA COMO:
INDEPENDIENTE: _____ P. NAT: _____ P. JURÍDICA: _____
NOMBRE EMPRESA: _____
DATOS CONTACTO: _____
SERVICIOS OFERTADOS: _____
DEPENDIENTE: _____
NOMBRE EMPRESA: _____
ACTIVIDAD COMERCIAL: _____
CARGO: _____



DECLARACIÓN GENERAL JURAMENTADA

DECLARO, BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- NO ESTOY INCURSO/A EN NINGUNA CAUSA DE PROHIBICIÓN O INCOMPATIBILIDAD PARA EL EJERCICIO LIBRE E INDEPENDIENTE DE MI PROFESIÓN NI ESPECIALIDAD.
- EJERCERÉ EN COLOMBIA MI PROFESIÓN Y ESPECIALIDAD EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LA LICENCIA EN SYST EMITIDA POR AUTORIDAD COMPETENTE CON EXPRESA MENCIÓN DE TAL CIRCUNSTANCIA EN TODA ACTUACIÓN O COMUNICACIÓN PROFESIONAL, ASÍ COMO EN CUALQUIER PUBLICIDAD MI CONDICIÓN DE COLEGIADO DEL CCSPL.
- ME COMPROMETO A ACTUAR DE ACUERDO A LO DISPUESTO A LOS ESTATUTOS DEL CCSPL Y ME ACOJO LIBREMENTE A LOS ÓRGANOS DE CONTROL Y DISCIPLINA POR ESTE ESTABLECIDO.
- ACEPTO QUE EL CCSPL SE RESERVE EL DERECHO DE ADMISIÓN DE NUEVOS COLEGIADOS Y DE LAS MISMA FORMA QUE PUEDA SER EXCLUIDO(A) DE ESTE, LUEGO DEL PROCESO QUE PARA ELLO SE ESTABLEZCA EN LOS ESTATUTOS Y/O OTROS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.
- DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LOS DATOS PERSONALES FACILITADOS, MEDIANTE ESTE FORMULARIO, QUEDARÁN REGISTRADOS EN UN FICHERO AUTOMATIZADO DEL QUE ES RESPONSABLE EL CCSPL CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR LA ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA, EN CUALQUIER CASO, PUEDE EJERCITAR GRATUITAMENTE RESPECTO A SUS DATOS PERSONALES, LOS DERECHOS DE OPOSICIÓN, ACCESO, RECTIFICACIÓN Y CANCELACIÓN, MEDIANTE COMUNICACIÓN EXPRESA, MEDIANTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y OFICIO DEBIDAMENTE RADICADO Y DIRIGIDO AL CCSPL.
- AUTORIZO EL ENVÍO DE MENSAJES DE TEXTO, WHATSAPP U OTROS SIMILARES, LOS MISMO QUE CORREOS ELECTRÓNICOS CON FINES DE COMUNICACIÓN DEL CCSPL.
- ME COMPROMETO AL PAGO DE LA CUOTA POR COLEGIATURA QUE LA JUNTA DIRECTIVA Y/O ASAMBLEA ESTABLEZCA DE ACUERDO A LOS MEDIOS ESTABLECIDOS PARA ELLO, ASÍ MISMO ACEPTO QUE EL NO PAGO SERÁ MOTIVO DE EXCLUSIÓN DEL CCSPL EN LOS TERMINOS QUE LA NORMATIVIDAD CONSIDERE.

JURAMENTACIÓN CÓDIGO DEONTOLÓGICO

YO _____ EN PLENO USO IDENTIFICADO(A) CON C.C _____ DE MIS FACULTADES LEGALES Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO ME COMPROMETO A CUMPLIR EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EMITIDO POR LA COMISIÓN INTERNACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL LA OIT, ES DECIR, EJERCER PROFESIONAL Y TÉCNICAMENTE CON COMPETENCIA, INTEGRIDAD E IMPARCIALIDAD.

ASÍ MISMO ME COMPROMETO A REALIZAR Y OBTENER EL CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL CCSPL.

FIRMA

NOMBRE: _____ **CC:** _____

FIRMA: _____

ANEXOS: _____