

COLEGIO COLOMBIANO DE SALUBRISTAS Y PREVENCIONISTAS LABORALES



Colegio colombiano de salubristas
y prevencionistas laborales

FECHA DILIGENCIAMIENTO
DÍA /MES /AÑO

FECHA RECEPCIÓN
DÍA /MES /AÑO

DATOS GENERALES	NOMBRE COMPLETO: _____
	DOC. IDENTIDAD: _____ DE: _____
FORMACIÓN	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
	TELEFONO: _____ EMAIL: _____
LICENCIA S Y ST	TITULO OBTENIDO: _____
	INSTITUCIÓN: _____
DEDICACIÓN PREFERENTE	FECHA GRADO: DÍA /MES /AÑO
	NIVEL DE FORMACIÓN: TC: _____ TG: _____ PR: _____ ES: _____ MG: _____
SERVICIOS PROFESIONALES OFRECIDOS	TITULO OBTENIDO: _____
	INSTITUCIÓN: _____
NÚMERO LICENCIA: _____	FECHA GRADO: DÍA /MES /AÑO
	NIVEL DE FORMACIÓN: TC: _____ TG: _____ PR: _____ ES: _____ MG: _____
EMITIDA POR: _____	VIGENCIA HASTA: _____ ANEXO: _____
	SEGURIDAD INDUSTRIAL: _____ HIGIENE INDUSTRIAL: _____
ERGONOMÍA: _____	PSICOLOGIA DEL TRABAJO: _____
	SISTEMAS DE GESTIÓN: _____ PREV. EMERGENCIAS: _____
MEDICINA DEL TRABAJO: _____	INVESTIGACIÓN ATEL: _____
	TRABAJA COMO: _____
INDEPENDIENTE: _____ P. NAT: _____ P. JURÍDICA: _____	NOMBRE EMPRESA: _____
	DATOS CONTACTO: _____
SERVICIOS OFERTADOS: _____	SERVICIOS OFERTADOS: _____
	DEPENDIENTE: _____
NOMBRE EMPRESA: _____	NOMBRE EMPRESA: _____
	ACTIVIDAD COMERCIAL: _____
CARGO: _____	CARGO: _____

JURAMENTACIÓN CÓDIGO DEONTOLOGICO

FIRMA

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.

YO

IDENTIFICADO(A) CON C.C _____ EN PLENO USO
DE MIS FACULTADES LEGALES Y BAJO GRAVEDAD DE
JURAMENTO ME COMPROMETO A CUMPLIR EL CÓDIGO
DEONTOLOGICO 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 DEONTOLOGICO
DE LOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL CCSPL.

NOMBRE: _____

CC: _____

FIRMA: _____

ANEXOS: _____