

	CERTIFICACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GH-R-037
		FECHA VIGENCIA: 2016-10-26
		VERSIÓN: 03
		Página 1 de 1

Ibagué, febrero 02 del 2022

EL PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

C E R T I F I C A:

Que la señora LORENA RANGEL ARTEAGA, Cedula de ciudadanía No. 65.708.207 de Espinal, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA suscribió el contrato de Servicios No. 014 del 24 de enero del 2022, cuyo objeto PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO GRADO 5 PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL PROCESO GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL DE LA EMPRESA IBAGUERENA IBAL S.A E.S.P OFICIAL allego documentación solicitada de acuerdo a los requerimientos de seguridad y salud en el trabajo a cumplir por parte de los contratistas y realizo la inducción en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo del IBAL SA ESP OFICIAL, (Decreto 1072 Capítulo VI de 2015), el cual incluye:

- Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- Inducción a la Política de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Inducción de los objetivos integrales del IBAL.
- Inducción a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales,
- Que hacer en caso de accidente de trabajo.
- Inducción al cargo como responsabilidad en salud en el trabajo, DECRETO 1072/2015
- Inducción al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la empresa.
- Inducción a los factores de riesgos, elementos de protección personal, uso adecuado de los elementos de protección personal.
- Inducción a la Política de Prevención del alcohol, tabaco y drogas de la empresa
- Que hacer en caso de emergencia – Puntos de encuentro en la empresa.
- Auto Reporte de las Condiciones de Trabajo y de Salud por parte de los trabajadores o Contratistas.
- Socialización de la Política de Seguridad Vial.
- Manual de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para contratistas.
- Protocolos de seguridad y salud en el trabajo del IBAL SA ESP OFICIAL.
- Socialización sobre familia de coronavirus y COVID-19, Presentación de sintomatología principal de las infecciones generadas del COVID-19.
- Socialización de medidas de prevención promoviendo el lavado correcto de manos con la técnica prevista por el ministerio de salud y protección social
- Socialización de medidas de prevención de distanciamiento social y sus formas eficaces para mantener la distancia física.
- Socialización de medidas de prevención sobre el uso correcto y adecuado de tapabocas, mascarilla quirúrgica o cubre bocas.

Se expide con destino al interesado.



CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO
Profesional Salud Ocupacional



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES



2022020203006570820701

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que Ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC		PRIMER APELLIDO RANGEL	
No. DE DOCUMENTO 65708207		SEGUNDO APELLIDO ARTEAGA	
PRIMER NOMBRE LORENA		SEGUNDO NOMBRE	
* FECHA NACIMIENTO 1982	M 10 D 18	SEXO M	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL E.P.S. SANITAS S.A.		AFP ACTUAL COLPENSIONES ADMINISTRADORA C	
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 6 45 27 AP 503			
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE	
CELULAR O TELÉFONO FIJO 5158575		CORREO ELECTRÓNICO LORE.RANGEL82@HOTMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO <input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
* FECHA INICIO 2022	M 02 D 02	* FECHA DE TERMINACIÓN 2022	M 08 D 01	No. DE MESES 6	
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES <input checked="" type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIERCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SABADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>		DE 06:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> HASTA 06:00 AM <input type="checkbox"/>			
VALOR TOTAL \$30000000	VALOR MENSUAL \$5000000	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$2000000			
* ACTIVIDAD A EJECUTAR OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SERVICIOS		CÓDIGO 2930902 SO ARL			
CARGO U OCUPACIÓN ABOGADOS		TAXISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN KR 1 3 04 LA POLA		DEPARTAMENTO TOLIMA			
		MUNICIPIO IBAGUE			

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL				
No. DE DOCUMENTO 800089809	DV 6	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1014001 DE ARL			
DIRECCIÓN PRINCIPAL CARRERA 3 NUMERO 104 B/ POLA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE			
TELÉFONO 2756000	FAX	CORREO ELECTRÓNICO SGENERAL@IBAL.GOV.CO			
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC		PRIMER APELLIDO PALMA			
No. DE DOCUMENTO 52905413		SEGUNDO APELLIDO HUERTAS			
PRIMER NOMBRE ERIKA		SEGUNDO NOMBRE MELISSA			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

[Handwritten Signature]

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	2930902	
	CLASE DE RIESGO 2	TARIFA 1,04400

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de riesgos laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

SILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Sí No

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Sí No

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 - 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.

Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co

Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.

Contacto Proceso PQRD.

- G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:
- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
 - Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
 - Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
 - Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
 - Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
 - Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
 - Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de IBAGUE a los 02 días del mes de FEBRERO del año 22

LORENA RANGEL ARTEAGA

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente


Firma del Trabajador Independiente

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co



IBAGUÉ VIBRA
 Sede Administrativa: Carrera 3 No. 1-04 B/La Pola
 -- Pbx: (8)2756000 -- Fax: (8) 2618982
 P.Q.R: Carrera 5 No. 41-16 edificio F25 Piso 2
CANALES DE ATENCIÓN (116) Ibagué – Tolima /
www.ibal.gov.co – ventanilla.unica@ibal.gov.co

Ibagué,

Señores
CONTRATISTAS
IBAL SA ESP OFICIAL

Reciban un cordial saludo de nuestra empresa IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL. Para nosotros es muy importante cumplir con los objetivos de nuestra organización y para ello Ustedes son un factor primordial, por ello queremos conocer sus necesidades y expectativas con relación al vínculo contractual que presentan con nosotros, en cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión.

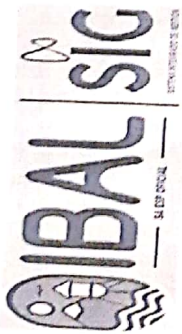
Agradecemos el diligenciamiento de la siguiente información.

NUMERO DEL CONTRATO: 014 Enero 24 de 2022 CONTRATISTA: LORENA RANGEL ARTEAGA

GESTIÓN CALIDAD		GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		GESTIÓN AMBIENTAL	
NECESIDAD	EXPECTATIVA	NECESIDAD	EXPECTATIVA	NECESIDAD	EXPECTATIVA
formatos y	Diligenciar				
procedimientos	los documentos				
gestion	documentos conforme a				
tal	la norma.				

Firma Contratista 




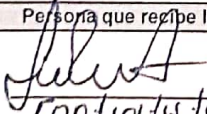


ASISTENCIA A CAPACITACION
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO: GH-R-004
 FECHA VIGENCIA:
 2017-05-18
 VERSIÓN: 04
Página 1 de 1

TEMA: INDUCCION SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO; OBJETIVOS INTEGRALES DEL SIG, COPASST - DERECHOS DE LOS TRABAJADORES - INDUCCION AL CARGO Y RESPONSABILIDAD COMO TRABAJADOR EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DECRETO 1072-2015 - REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD - POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- RIESGOS A LOS CUALES PODEMOS ESTAR EXPUESTOS - USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - ACCIDENTES DE TRABAJO E INVESTIGACION - QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA - PUNTOS DE ENCUENTRO EN LA EMPRESA - AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO Y DE SALUD POR PARTE DE LOS TRABAJADORES O CONTRATISTAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES - POLITICA DE PREVENCIÓN ALCOHOL, TABACO Y DROGAS - PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL - POLITICA DE SEGURIDAD VIAL - (ETAPAS Y LINEAS DE IMPLEMENTACION DEL PESV, PELIGROS Y RIESGOS VIALES, POLITICAS DE REGULACION DE SEGURIDAD VIAL - POLITICA DE COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL - MARCO LEGAL DEL SST- ACOSO LABORAL, MODALIDADES - PROTOCOLOS DE SEGURIDAD - MANUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA CONTRATISTAS, RESOLUCION 804 DE 17 DE SEPTIEMBRE DE 2019, PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 777 DEL 2021, PREVENCIÓN COVID-19, PREVENCIÓN PROMOVINDO EL LAVADO CORRECTO DE MANOS CON LA TÉCNICA PREVISTA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, PREVENCIÓN DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y SUS FORMAS EFICACES PARA MANTENER LA DISTANCIAS FÍSICA, USO CORRECTO Y ADECUADO DE TAPABOCAS, MASCARILLA QUIRURGICA O CUBRE BOCASAL / REALIZACION PAUSAS ACTIVAS FECHAFEBRERO 02 DEL 2022 HORA 5:00 PM ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO: CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO / PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL FACILITADOR: GESTION HUMANA - PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
01	Lorena Rangel A.	65708207	Contadora	Gerencia	lore.rangel82@hotmail.com	

	INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "SST"	CÓDIGO: SG-R-144
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	FECHA VIGENCIA: 22/05/2020
		VERSIÓN: 01 página 1 de 1
Fecha: FEBRERO 02 DEL 2022		
Nombre: LORENA RANGEL ARTEAGA		Cédula: 65708207
Centro de trabajo o área: Gerencia		Cargo: Asesor Jurídico
Por favor marque con X, las casilla que indique el proceso que se lleva a cabo		
Inducción <input checked="" type="checkbox"/>	Re inducción <input type="checkbox"/>	Cambio de Ocupación <input type="checkbox"/>
Por favor marque con X, las casillas que se socialicen al personal que participa en el proceso		
TEMAS SOCIALIZADOS		
Aspectos básicos del sistema de seguridad social en Colombia	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL (Integrantes - periodo de vigencia - Funciones básicas - Modadlidades de acoso laboral)	
Políticas del SGSST (Política de SST, Política de seguridad vial, Prevención de consumo de sustancias psicoactivas, entre otras)	PESV (Etapas de implementación - Peligros viales)	
COPASST (Integrantes - periodo de vigencia - Funciones básicas)	Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial	
COMITÉ DE SEGURIDAD VIAL (Integrantes - periodo de vigencia - Funciones básicas)	Socialización Programas del SGSST (Biomecánico - Psicosocial - Otros)	
Socialización de las responsabilidades ante el SGSST según el cargo.	Socialización de la brigada de emergencias de la empresa	
Peligros y riesgos inherentes al cargo "Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos"	Socialización manual de contratistas	
Socialización del Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (rutas de evacuación , puntos de encuentro y codificación de la alarma)	Socialización preoperacional y rutograma	
Socialización de protocolos de SST según aplique	Socialización del formato de reporte de actos y condiciones inseguras	
Socialización analisis de tareas seguras (personal de las plantas)	Socialización del procedimiento de reporte e investigación en caso de Incidente o AT, incluye lección aprendida de accidentes	
Brindar información respecto a la ubicación de Botiquines, camillas, extintores de la sede de trabajo, rutas de evacuación y puntos de encuentro	Socialización sobre familia de coronavirus y COVID-19, Presentación de sintomatología principal de las infecciones generadas de el COVID-19	
Socialización de EPP a utilizar según el cargo a desempeñar	Socialización de medidas de prevención promoviendo el lavado correcto de manos con la técnica prevista por el ministerio de salud y protección social	
Aspectos legales en SST - Derechos de los trabajadores en lo referente a seguridad social	Socialización de medidas de prevención de distanciamiento social y sus formas eficaces para mantener la distancias física	
Definiciones (Accidente de Trabajo - Enfermedad Laboral - Peligro - Riesgo - SST) y objetivos del SGSST	Socialización de medidas de prevención sobre el uso correcto y adecuado de tapabocas, mascarilla quirúrgica o cubre bocas	
Normas generales de seguridad:		
No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.		
Usar los elementos de protección personal de forma oportuna y adecuada si lo requiere.		
Se debe contribuir con el orden y aseo de cada una de las áreas donde se encuentre laborando.		
Solicite instrucciones a su jefe cuando no esté totalmente seguro de cómo hacer una labor encomendada.		
Describa los riesgos a los que esta expuesto el funcionario:		
Observaciones: Se entrega comunicado de las responsabilidades ante el SGSST dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 1072 de 2015.		
Físico <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
El trabajador acepta:		
1. Que ha recibido el programa de inducción donde se informó los peligros y riesgos a los cuales está expuesto y su participación dentro de la organización para el control de los mismos.		
2. Que recibió información y es conocedor de todos los documentos anteriormente mencionados.		
Persona que recibe la inducción o re inducción	Persona responsable de la inducción o re inducción	
FIRMA  CARGO <u>Contabilista Asesor</u> NOMBRE <u>Lorena Rangel Arteaga</u>	FIRMA <u>CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO</u> CARGO <u>PROFESIONAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</u> NOMBRE <u>CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO</u>	