

Formato SST 004
CONSENTIMIENTO INFORMADO ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD

A través del presente documento, doy mi consentimiento al equipo de Seguridad y salud en el Trabajo (SST) de Corponariño, para que realice la encuesta de condiciones de salud COVID -19 necesaria para el cumplimiento de la Resolución 0666 del 2020 y la circular externa 100-09 del 2020, referente a las acciones para implementar en la administración pública las medidas establecidas en el protocolo general de Bioseguridad.

El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo parten del principio de buena fe, al momento de aplicar las encuestas, por lo cual se considerará que la información depositada es veraz y confiable para retroalimentar las actividades de prevención del SG-SST. A su vez toda la información recolectada será de total confidencialidad acorde a lo contemplado en el Decreto 1072 del 2015.

Para constancia en firma a los ____ días del mes de _____ del año ____.

Nombre: _____

Cédula: _____

Cargo: _____

Firma: _____