FOTO

1. **REGISTRO INICIAL** (este espacio lo diligencia el equipo de seguridad y salud en el trabajo)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE INGRESO No.** |  | **FECHA DE INGRESO** |  |

**2. DATOS PERSONALES**

Los datos aquí suministrados se utilizarán en caso de emergencia y son de carácter confidencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** |  | **A.RL.** |  |
| **N° Documento Identidad** |  | **E.P.S.** |  |
| **Cargo** |  | **Tiempo Servicio** |  |
| **Dependencia** |  | **RH.** |  |
| **Edad** |  | **Género** |  |
| **Dirección Residencia** |  | **Teléfono** |  |
| **En caso de Emergencia Llamar** |  | **Celular** |  |
| **Oficina** |  | **Extensión** |  |

1. **ANTECEDENTES MÉDICOS**

Por favor relacione con una X si usted presenta alguna patología, alteración y/o alergia en el cuadro siguiente. Si marca “si” por favor especificar en “de qué tipo” la patología, alteraciones y/o alergia presentada.

|  | **SI** | **NO** | **DE QUÉ TIPO** |
| --- | --- | --- | --- |
| Enfermedades Cardiacas |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Asma/Asfixia/Rinitis |  |  |  |
| Diabetes o problemas azúcar |  |  |  |
| Claustrofobia |  |  |  |
| Hernias |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |
| Problemas de Columna |  |  |  |
| Fractura o problema de huesos |  |  |  |
| Problemas Musculares |  |  |  |
| ¿Usa algún tipo de prótesis? |  |  |  |
| ¿Tiene alguna limitación física? |  |  |  |
| ¿Tiene alguna restricción médica? |  |  |  |
| ¿Está tomando algún medicamento? |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA PREVIA EN BRIGADAS O GRUPOS DE SOCORRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del grupo o Brigada** | **Empresa** | **Cargo en el Grupo** | **Tiempo en meses** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **CAPACITACIONES RECIBIDAS EN BRIGADAS O TEMAS RELACIONADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | **Tiempo de duración en horas** | **Institución** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **SUBGRUPO**

Por favor relacione con una X el subgrupo al que le gustaría pertenecer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **DEPENDENCIA** |
| Primeros Auxilios |  |  |  |
| Contra Incendios |  |  |  |
| Evacuación Búsqueda y rescate |  |  |  |
| Psicosocial |  |  |  |

1. **CONCEPTOS INTERNOS:**

Por favor indique el concepto en la casilla correspondiente al cargo.

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO** | **CONCEPTO** |
| **Jefe Inmediato** |  |
| **Médico** |  |
| **SGSST** |  |

***Con el presente manifiesto voluntariamente el interés de pertenecer a la Brigada de Emergencia de la Agencia ATENEA, desarrollando las actividades de la misma con responsabilidad, respeto, eficiencia y garantizando la integridad de la persona.***

Firma del aspirante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula Ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VoBo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VoBo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe de la Brigada Profesional SGSST

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_