**COMITÉ DE EMERGENCIAS SOLICITUD DE INGRESO BRIGADA DE EMERGENCIA**

# SOLICITUD DE INGRESO No.\_\_\_\_\_\_FECHA SOLICITUD (dd/mm/aa):\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO O DEPENDENCIA A LA CUAL PERTENECE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UBICACIÓN EXACTA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TIEMPO DE SERVICIO (AÑOS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINEO Y RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL. OFICINA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL. CASA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELULAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD (AÑOS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO (F o M): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EXPERIENCIA**

GRUPOS DE SOCORRO A LOS QUE HA PERTENECIDO Y/O BRIGADAS EN OTRAS EMPRESAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE**  | **CIUDAD O EMPRESA** | **CARGO EN EL GRUPO**  | **TIEMPO (AÑOS**) |
| BOMBEROS  |  |  |  |
| DEFENSA CIVIL  |  |  |  |
| CRUZ ROJA  |  |  |  |
| BRIGADAS  |  |  |  |

**CAPACITACION**

CURSOS QUE HA REALIZADO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSO**  |  **DURACION (HORAS)**  | **CURSO**  |  **DURACION (HORAS)**  |
| Prevención de incendio |  | Bomberotecnia |  |
| Evacuación y atención emergencias |  | Primeros auxilios |  |
| Comunicaciones |  | Otros (especifique cuales):  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPORTES PRACTICADOS** | **Intensidad por Semana** | **Tiempo de Práctica** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PORQUE DESEA PERTENECER A LA BRIGADA?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APROBACION Y CONCEPTO DEL JEFE INMEDIATO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONCEPTO MEDICO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APROBACION Y CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL**:

ACEPTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APLAZADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RECHAZADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Favor remitir el formulario completamente diligenciado a la División Nacional de Salud Ocupacional Teléfono 3165000 Ext. 18186 - 18187 Fax 18186 - Edificio Uriel Gutiérrez Oficina 418*