**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe inmediato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de entrega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identificado con C.C. Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que recibo de la Cámara de Comercio de Valledupar, los implementos para el cumplimiento de mi actividad laboral y me comprometo a usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos o elementos de protección personal EPP relacionadas a continuación.( **Ley 9 / 1979 - Resolución 2400 /1979. Decreto 1072 / 2015)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CANT.** | **DESCRIPCIÓN** | **FIRMA COMPROMISO** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

Certifico haber leído y comprendido este documento y recibido los elementos de protección personal.

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

FIRMA JEFE INMEDIATO FIRMA FUNCIONARIO