 GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-034
SOLICITUD DE LICENCIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERSONA NATURAL		FECHA: 23/Ago/2019

Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Radicación No _____

Datos Generales

Solicitud: Primera Vez Modificación Renovación Ampliación

_____ 1 Apellido _____ 2 Apellido _____ Nombre (s)

Identificación C.C C.E No _____

Dirección: _____ Cel: _____ Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

Labora actualmente SI NO

Nombre de la Empresa _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____


Título en Salud Ocupacional o una de sus áreas: _____

Expedido por : (Nombre de la Institución de Educación superior) _____

Soportes de la Solicitud presentados por el solicitante: (Marque con una x los documentos que adjunta a la solicitud según la modalidad académica que soporta la formación en salud ocupacional o una de sus áreas)

- 1. Copia del acta de grado nivel técnico profesional o tecnólogo
- 2. Copia del diploma de grado nivel técnico profesional o tecnólogo
- 3. Copia del acta de pregrado nivel profesional
- 4. Copia del acta de especialización nivel profesional
- 5. Copia cedula de ciudadanía
- 6. Copia del certificado de asignaturas aprobadas o pensum
- 7. Copia del Registro calificado expedido por el Ministerio de Educación Nacional

*(Este documento debe es indispensable en todos los niveles de educación superior en cualquiera de sus modalidades: profesional universitario con posgrado, tecnólogo y técnico)

 GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-034
SOLICITUD DE LICENCIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERSONA NATURAL		FECHA: 23/Ago/2019

Los siguientes espacios son Exclusivos para diligenciamiento por la Secretaria de Salud de Boyacá

ESPACIO PARA VERIFICAR

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
Diploma de Profesional, Técnico profesional o Tecnólogo		
Diploma Postgrado		
Copia del registro calificado expedido por el Ministerio de educación nacional		
Profesional Registrado –Disponibilidad de Recurso: -Medico <input type="checkbox"/> -Psicólogo <input type="checkbox"/> -Ingeniero o Técnico - Minería <input type="checkbox"/> -otros Profesionales <input type="checkbox"/>		

TIPO DE SERVICIOS A PRESTAR

Servicios: _____

Áreas en las que se encuentra capacitado para obtener la licencia: _____

Características básicas del servicio: _____

Otros Cuales

 Firma del Solicitante