|  |  |
| --- | --- |
| FECHA |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS |  |
| TIPO DE VINCULACIÓN |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN |  |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN |  |
| ORGANIZACIÓN O DEPENDENCIA |  |
| CORREO |  |

|  |
| --- |
| *(COLOCAR EL NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN) - OBLIGATORIO* |
| *(En este formato se debe agregar las preguntas sobre la capacitación realizada, solo aplica para los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Idartes)* |