

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Control de Versiones

Nombre	Guillermo Gutierrez
Fecha	Abril 3 de 2008
Version	1,1
Observaciones	Formato para aprobacion

6- FUNCIONARIO DE SALUD

NOMBRE	_____
CARGO	_____
CÓDIGO	_____
PROFESIÓN	_____
FIRMA	_____

7- FUNCIONARIO DE LA EMPRESA

NOMBRE	_____
PROFESIÓN	_____
CARGO	_____
FIRMA	_____
CÉDULA	_____

NOTA

Las casillas marcadas con este color se sugieren sea llenadas en la recoleccion de informacion del mapa de riesgos

Las casillas marcadas con esto color no se obligan a ser llenadas en la recoleccion de informacion del mapa de riesgos



