



**FORMATO DE ASUNCIÓN DE RIESGOS, EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD  
Y CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)**

**FECHA:**

**Tipo de ingreso: Evento**

**Nombre del evento.**

Los abajo firmantes, manifiestan que, al firmar el presente documento, declaran de manera libre, expresa y voluntaria que conocen y aceptan las condiciones de ingreso, uso y permanencia en las instalaciones del **POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO**.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, declaro que he sido informado(a) por el **POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO** de los riesgos existentes en las instalaciones, así como de las medidas de prevención y control adoptadas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la institución.

En consecuencia, manifestamos que conocemos, comprendemos y asumimos de manera consciente y voluntaria los riesgos inherentes al ingreso y permanencia en las instalaciones del **POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO**.

En consecuencia, y en caso de alguna situación que comprometa mi integridad, declaro que cuento con la entidad prestadora de salud reportada, por tanto, exoneró y libero de toda responsabilidad al **POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO**, así como a sus directivos, funcionarios, contratistas, colaboradores y demás personas naturales o jurídicas que actúen en su nombre, por los daños o perjuicios que pudieran derivarse directa o indirectamente del ingreso y permanencia en sus instalaciones, siempre que no medie dolo o culpa grave debidamente probada por parte de la institución, conforme a la legislación vigente.

Así mismo, me comprometo a cumplir estrictamente con:

- El Reglamento Interno de la Institución.
- Las instrucciones del personal autorizado en materia de seguridad y prevención de riesgos.
- El uso adecuado de las instalaciones, equipos y elementos de seguridad cuando aplique.

No	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD O SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

No	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD O SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL	FIRMA
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

No	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD O SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL	FIRMA
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						

<b>No</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>APELLIDOS</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>LUGAR DE EXPEDICIÓN</b>	<b>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD O SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL</b>	<b>FIRMA</b>
73						
74						
75						