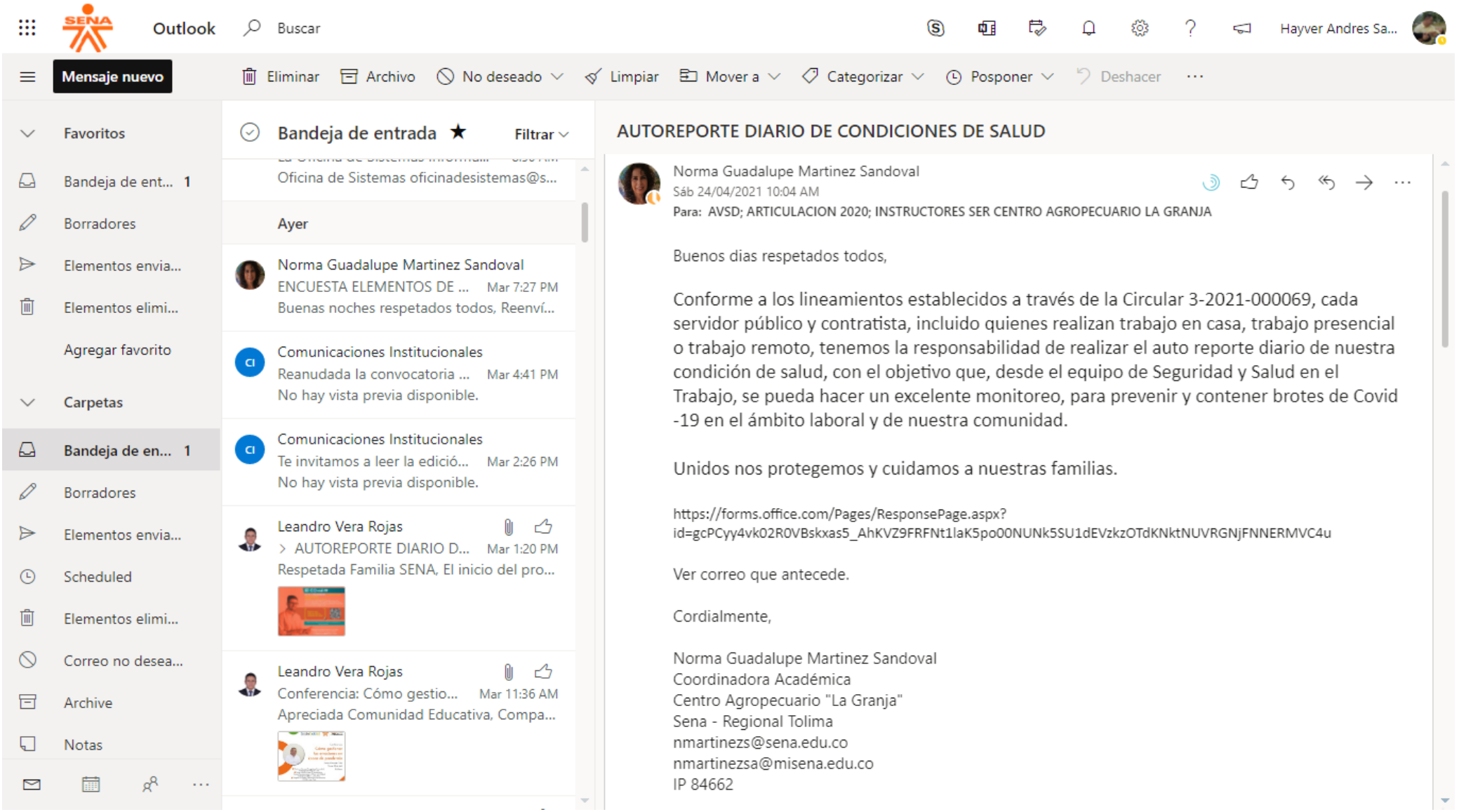
Citación Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades



AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD SENA 2021 (73)

El presente formulario tiene como objetivo hacer seguimiento diario a las condiciones de salud de la población SENA, facilitando el cumplimiento de las responsabilidades del artículo 3 de la resolución 666 del 24 de abril de 2020, particularmente los numerales: 3.1.4, 3.1.6, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3. y Resolución 223 y 392 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, numerales 4.1

...

* Obligatorio

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROTECCIÓN DE DATOS.
   Entiendo que mi participación consiste en el diligenciamiento de un cuestionario en el cual se me harán preguntas sobre mi identificación como talento humano en la entidad SENA, tipo de vinculación laboral y condiciones de salud. Todas las preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación en este censo, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de él. Acepto voluntariamente participar y se que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al aceptar el presente consentimiento informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales. Reconozco que la información que yo suministre en el diligenciamiento de este censo es estrictamente confidencial y no sera usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. Adicionalmente, otorgo mi autorización para que los datos personales proveídos en el presente censo sean recolectados, almacenados, usados, circulados, suprimidos y en general, sean tratados por parte de los médicos del grupo de SST del SENA de conformidad con la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos Personales). La información recolectada en este formulario será administrada por el Profesional de Medicina de Seguridad y Salud en el Trabajo de Dirección General a través de la cuenta de correo electrónico yguarinh@sena.edu.co, por medio de la cuenta el titular podrá en todo momento solicitar la actualización, rectificación y/o supresión de los datos personales. *

   Al diligenciar esta planilla y firmar, declaro que he sido informado de las acciones que debo tener para mi autocuidado y