

### ANEXO 1

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| FECHA:                               |  |
| RAZON SOCIAL:                        |  |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:          |  |
| NOMBRE PROFESIONAL SST:              |  |
| ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: |  |
| NIVEL DE RIESGO:                     |  |
| No TRABAJADORES:                     |  |

La empresa **XXXXXXXXXX** identificada con NIT No: **XXXXXXXXXXXXXX** se encuentra en la implementación y mejora del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con los parámetros de la Resolución 0312 de 2019 y el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015, con el porcentaje de cumplimiento **XXXXXXXX** %.

Cordialmente,

Firma representante legal.  
Nombre completo.  
No C.C

Firma profesional SST.  
Nombre completo.  
No C.C  
No licencia y año de expedición.

Anexos: deberán anexar además los siguientes documentos

| DESCRIPCION.   | SI | NO |
|--|----|----|
| AUTOEVALUACION O SEGUIMIENTO DE ARL (FIRMADO POR REPRESENTANTE LEGAL Y PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SST). |    |    |
| FOTOCOPIA DE LICENCIA PROFESIONAL SST.   |    |    |

