

NOMBRE _____ NIT./C.C. _____ EMAIL _____
 CIUDAD: _____ DIRECCIÓN _____ TEL _____
 GERENTE: _____
 PERSONA: NATURAL JURIDICA

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR	EVIDENCIA	
		SI	NO
REQUISITOS GENERALES			
1	La Entidad está constituida legalmente? (Cámara de Comercio, RUT, NIT, Certificado de existencia y Representación legal)		
2	Licencia Vigente en Salud Ocupacional de la razón social?		
3	Paz y salvo SENA por todo concepto		
4	Cuenta con entrenadores con Certificado para Trabajo seguro en alturas, expedido por el SENA o Universidades autorizadas?		
5	Fotocopia de Resolución de Licencia en Salud Ocupacional vigente expedida por la Dirección Seccional o Local de Salud de los entrenadores		
6	Copia del Programa de formación diseñado de acuerdo con el "diseño general elaborado por el SENA"		
7	Cuenta con infraestructura para capacitación práctica (Registro fotográfico si es propia y si es en convenio copia del mismo con el registro fotográfico)		

OBTIENE AUTORIZACIÓN PARA VISITA DEL CENTRO DE ENTRENAMIENTO: SI ___ NO ___

COMENTARIOS _____

NOMBRE Y FIRMA DEL
COORDINADOR ACADÉMICO _____

INSTRUCTOR TÉCNICO
ASIGNADO _____