ACTA DE LECTURAS COMPLEMENTARIAS

AL CONTRATO DE TRABAJO

NIT: 900.045.238-4

TOTAL GAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO TODOS LOS DEBERES, DERECHOS, FUNCIONES Y PROHIBICIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, LOS MANUALES DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS, EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y EL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTTRIAL.

POR TAL MOTIVO, ACEPTO QUE SI FALTO O DEJO DE CUMPLIR CON ALGUNOS DE MIS DEBERES, FUNCIONES O NORMAS DE SEGURIDAD, MI CONTRATO SEA CANCELADO INMEDIATAMENTE CON JUSTA CAUSA.

FIRMA DE CONSTANCIA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_