

	SISTEMA DE GESTIÓN		
	SOLICITUD DE CERTIFICACION		
Código: CP-F-26		Versión: 10	Fecha: 2026-07-03
DOCUMENTO CONTROLADO			
DATOS PERSONALES			
NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	CIUDAD DE EXPEDICION	FECHA DE LA SOLICITUD
CC	CE		
NUMERO DE CELULAR		CORREO ELECTRONICO	
INFORMACION ACADEMICA (Indique el mayor nivel cursado)			
NIVEL CURSADO	INSTITUCION	AÑO DE TERMINACION	
☐ PRIMARIA ☐ BACHILLERATO			
☐ TECNICO O TECNOLOGO	TITULO OBTENIDO		
☐ PROFESIONAL			
CONDICIONES DE SALUD			
Declaro que la información suministrada sobre mi condición de salud en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que al respecto, será considerado como un riesgo y acepto las condiciones jurídicas que se deriven.			
☐ No tengo ningún tipo de discapacidad ☐ Si tengo algún tipo de discapacidad (si su respuesta es afirmativa por favor diligenciar que tipo de discapacidad a continuación)			
Discapacidad física:		Discapacidad sensorial:	
☐ Discapacidad en extremidades inferiores	☐ Discapacidad en extremidades superiores	☐ Discapacidad auditiva	☐ Discapacidad visual
		☐ Discapacidad olfativa	
Si marco algún tipo discapacidad por favor especifique en que sitio posee la discapacidad:			
DATOS LABORALES			
NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	EXPERIENCIA EN EL ALCANCE DE CERTIFICACION	
SITIO PARA DESARROLLAR LA EVALUACION			
SITIO DE EVALUACION	DIRECCION	CIUDAD	
AUTORIZACION ENTREGA DE RESULTADOS			
Autoriza a ECCOM S.A.S a entregar sus resultados a terceras personas	☐ Si (Por favor diligenciar el formato Autorización divulgación de resultados CP-F-49)		
	☐ No (Se le entregaran los resultados a la dirección de residencia)		
PROTECCION DE DATOS (HABEAS DATA) Y OBLIGACIONES ADICIONALES DEL PROCESO DE CERTIFICACION			
Conforme a la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, le informamos al momento de diligenciar y firmar este CP-F-26 Solicitud de Certificación autoriza a que sus datos van a formar parte de una base de datos de propiedad de ECCOM S.A.S y una página web www.eccomsas.com para gestionar su certificación y su posterior revisión y actualización. Por tanto usted autoriza a OCP a registrar y tratar la información por usted suministrada para los propósitos indicados y de acuerdo a nuestra Política de tratamiento de datos CP-P-11 disponible en la pagina web www.eccomsas.com. Autoriza a ECCOM S.A.S a permanecer en la base de datos según Decreto 1595 de 2015 Artículo 2.2.1.7.8.3 Obligaciones de organismos acreditados Núm.15, mantener a disposición de la autoridad competente la información relativa a los certificados que expidan con los respectivos soportes documentales que sustentan el certificado, como resultados pruebas y ensayos de laboratorio, inspecciones o documentos reconocidos, y de acuerdo con el artículo 9 del Decreto 1377 de 2013, la solicitud de supresión de la información y la revocatoria de la autorización no procederán cuando el Titular tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. El solicitante están obligado a informar al OCP si algún dato diligenciado en esta solicitud cambia principalmente como son datos personales y condiciones de salud que puedan llegar afectar la competencia a certificar. El solicitante deberá pagar a ECCOM S.A.S todos los gastos relacionados al proceso de certificación y vigilancia según esquema de certificación aplicable y si es necesario los costos asociados a viáticos, manutención y transporte del personal designado para realizar la evaluación o según acuerdo comercial. El solicitante al firmar esta solicitud de certificación deberá entregar junto a este documento los prerrequisitos según esquema de certificación aplicable. El solicitante al firmar esta solicitud de certificación esta obligado a cumplir con lo establecido en el esquema de certificación aplicable, Reglamento de certificación CP-P-08 y Procedimiento de certificación CP-PR-09 en sus versiones actualizadas los cuales están publicados en la página web www.eccomsas.com y pueden ser consultados.			

NORMA (S) DE COMPETENCIA LABORAL, EN LAS QUE DESEA CERTIFICARSE					
CODIGO	NORMA DE COMPETENCIAS			FECHA DE APROBACION	
290302027	Suministrar combustibles de acuerdo con procedimientos operativos y normativa técnica de estaciones de servicio. Ambito de la norma sectorial de competencia laboral: B. Gas natural vehicular.			2021-12-14	
ESQUEMA DE CERTIFICACION	CP-ESQ-01 VER.14	Operador para el suministro de gas natural comprimido vehicular en estaciones de servicio			
COMPETENCIAS NECESARIAS DEL SOLICITANTE DE ACUERDO A ESQUEMA DE CERTIFICACION					
Al firmar esta solicitud declaro que tengo las competencias de conocimiento y desempeño para poder realizar el proceso de certificación de acuerdo a esquema de certificación y competencias citadas a continuación:					
REQUISITOS DE COMPETENCIA DE ACUERDO A ESQUEMA DE CERTIFICACION	1. Revisión del área de suministro				
	2. Realizar el suministro de GNC al vehículo				
COMPETENCIAS DE CONOCIMIENTO		COMPETENCIAS DESEMPEÑO			
1. Estaciones de servicio. 2. Combustibles. 3. Equipo de llenado. 4. Seguridad y salud en el trabajo. 5. Servicio de atención al usuario. 6. Vehículos. 7. Unidades. 8. Reportes.		1. Disponer surtidor. 2. Habilitar llenado. 3. Gestión de riesgos. 4. Seguridad y salud en el trabajo.			
FIRMA DEL SOLICITANTE					
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ECCOM S.A.S (SOLICITANTE NO DILIGENCIAR ESTE ESPACIO)					
PRERREQUISITO SEGÚN ESQUEMA DE CERTIFICACION:	DOCUMENTO		C	NC	N/A
	Fotocopia del documento de identidad.				
	Formato Solicitud de certificación CP-F-26.				
	Certificado o constancia laboral con funciones de Operador para el suministro de gas natural comprimido vehicular en estaciones de servicio o con el nombre se tenga designado para este cargo en la EDS.				
	Si el solicitante no se encuentra laborando en una estación de servicio deberá presentar certificación laboral con mínimo de tres meses de experiencia en el cargo de Operador para el suministro de gas natural comprimido vehicular en estaciones de servicio o con el nombre se tenga designado para este cargo en la EDS que laboro.				
El solicitante cumple con prerrequisitos del esquema certificación	☐ Si, se autoriza continuar con el proceso de certificación		☐ No, se autoriza continuar proceso de certificación		
Persona reviso los prerrequisitos del solicitante					
	NOMBRE Y APELLIDOS		FIRMA		