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

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 el de las personas que me rodean en el trabajo, he sido informado respecto a las medidas de higiene para prevenir contagios por COVID-19 y declaró que no estoy ocultando información respecto a mi condición de salud actual. Me comprometo a que mientras esté dentro de las instalaciones del SENA cumpliré con todas las medidas para la prevención de riesgo biológico, declaro que entiendo y acepto.

- (●) Acepto
- ( ) No Acepto

2. Fecha de reporte *

8/25/2021

3. Nombre Completo *

Gustavo Adolfo Castillo

4. Edad *

- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31

- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51

- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70

- 71
- 72
- 73
- 74
- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80

5. Tipo de Documento de Identificación *

- CC
- CE
- PAS
- TI

6. Número de Documento *

Diligencie sin puntos,comas,guiones ni espacios

5826998

7. Correo Electrónico *

gucastillot@sena.edu.co

8. Numero de teléfono celular *

3144515066

9. Modalidad de trabajo a realizar el día de hoy *

- (•) Trabajo en casa
- ( ) Trabajo presencial / Instalaciones SENA

10. A que regional Pertenece y/o Ingresa *

- ( ) Amazonas
- ( ) Antioquia
- ( ) Arauca
- ( ) Atlántico
- ( ) Bolívar
- ( ) Boyacá
- ( ) Caldas
- ( ) Caquetá
- ( ) Casanare
- ( ) Cauca

- Cesar
- Choco
- Córdoba
- Cundinamarca
- Dirección General
- Distrito Capital
- Guainía
- Guajira
- Guaviare
- Huila
- Magdalena
- Meta
- Nariño
- Norte de Santander
- Putumayo
- Quindío
- Risaralda
- San Andres
- Santander

- Sucre
- Tolima
- Valle
- Vaupés
- Vichada

11. Centro al cual Pertenece y/o Ingresa *

- Despacho Dirección Tolima
- Centro Agropecuario la Granja
- Centro de Industria y Construcción
- Centro de Comercio y Servicios

12. Tipo de Sede *

- Principal
- Subsede

13. Tipo de Vinculación *

- Funcionario
- Contratista
- Nombramiento provisional
- Libre Nombramiento y Remoción

- ( ) Trabajador Oficial
- ( ) Planta Temporal
- ( ) Subcontratista
- ( ) Aprendiz- Contrato Sena
- ( ) Personal Externo

14. Cargo o Rol *

Instructor

AUTO REPORTE CONDICIONES DE SALUD

SI EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA 16 A LA 19 ES "SI", O TIENE ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS SINTOMAS DESCRITOS:

1. Evitar el desplazamiento hasta las instalaciones del Sena.

2. Reporte a su jefe inmediato que presenta síntomas. Se le asignaran actividades de trabajo en casa hasta que se defina el riesgo Covid.

3. Solicite cita de medicina general a la EPS. El medico de la EPS definirá la pertinencia de tomar la prueba Covid 19.

SANITAS: WhatsApp: "Asistente virtual Ana maría": 3202550525. En Bogotá: 3759000 • Barranquilla: 3360669 • Bucaramanga: 6851059 • Cali: 6440911• Cartagena 6724646 • Medellín: 4158306 Resto del país: línea nacional: 018000919100 (Opción 0)

SALUD TOTAL: Callcenter4854544 opción 1 018000114524. 2709777-2709751. WhatsApp: "Asistente virtual Pablo": 3212031444

FAMISANAR: 01 8000413614. Bogotá: 4431830. https://www.famisanar.com.co/portfolio-items/protocolos-coronavirus/

MEDIMAS: 01 8000120777 opción 1. Bogotá: 6510777 Opción 1. o al correo scmonroyv@medimas.com.co con copia a ymrodriguezg@medimas.com.co. Asunto: Posible caso Covid. Nombre cedula, dirección y teléfono.

NUEVA EPS: Cel: #961. Desde tel fijo018000930100

COOMEVA: 018000930779 opción 8.

OTRAS LINEAS TELEFONICAS EPS: https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/lineas-de-atencion-eps.html

4. Este atento a la llamada de Medicina Ocupacional del Sena o si lo considera mas urgente comuníquese por WhatsApp al

3112039110 o al correo electrónico. mbarriosr@sena.edu.co

15. ¿Hoy le diagnosticaron COVID -19 POSITIVO confirmado por laboratorio? *

- Si
- No

16. ¿Se encuentra actualmente en embarazo? *

- Si
- No
- No aplica

17. ¿Se encuentra actualmente en periodo de lactancia? *

- Si
- No
- No aplica

18. ¿En la ultima semana ha estado en contacto estrecho (cercano), sin usar elementos de protección, por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19? *

- Si
- No

19. Actualmente presenta alguno de estos síntomas? (Marque una o varias opciones según presente síntomas) *

- [ ] Fiebre
- [ ] Malestar general, sensación de falta de fuerza o cansancio fácil.
- [ ] Síntomas gripales
- [ ] Sensación de dificultad para respirar
- [ ] Dolor de cabeza
- [ ] Disminución o perdida de gusto-olfato
- [ ] Ninguno de los anteriores pero me siento enfermo
- [x] No me siento enfermo

20. Hoy me siento muy triste y/o con sensación de ansiedad *

- ( ) Si
- (•) No

21. Cuantas dosis de vacuna Covid 19 ha recibido? *

- (•) 0 dosis
- ( ) 1 dosis
- ( ) 2 dosis
- ( ) Única Dosis

Volver a la página de agradecimiento

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario.

Nunca des tu contraseña.

Con tecnología de Microsoft Forms |
El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial.
| Términos de uso