DISCEP S.A.S.

FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD

Código: FO-GI-24
Fecha actualización: 20/06/2023
Versión: 01

Proyecto: HUS MORGUE

Nombre: JUNIOR ALEXANDER SERRANO MARQUEZ

Número de identificación: 1126 425 788

Cargo: AYUDANTE

Fecha de diligenciamiento: 01-30 -SEP-2023

DIAS DE LA SEMANA

MES: SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D				X								X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O					X								X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M					X								X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I					X								X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N					X								X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G					X								X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O					X							X			
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/					X								X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/					X								X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones Del 27-09-2023 al 29-09-2023 incapacidad enfermedad general com

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si ☑ No ☐

Firma del trabajador Junior

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24 Fecha actualización: 20/06/2023 Versión: 01

Proyecto: HUS MORGUE **Nombre:** NESTOR ALBERTO CACERES INFANTE

Número de identificación: 1095803699 **Cargo:** CONTRA MAESTRO **Fecha de diligenciamiento:** 01-30 SEP 2023

MES — **DIAS DE LA SEMANA**

SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta síntomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador NESTOR CACERES

DISCEP S.A.S	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS MORGUE	**Nombre:**	ANDERSON JAVIER CORONA LOPEZ
Número de identificación:	6927112	**Cargo**	AYUDANTE
		Fecha de diligenciamiento:	01-30 SEP 2023

MES / **DIAS DE LA SEMANA**

SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X	
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X

SEPTIEMBRE	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																														
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																														
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																														
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																														
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																														
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																														
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																														
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																														
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																														

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Anderson Corona

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS - MORGUE	**Nombre:**	JEAN CARLOS FERREIRA ESCALONA		
Número de identificación:	5153146	**Cargo**	AYUDANTE	**Fecha de diligenciamiento:**	01-30-SEP-2023

MES: SEPTIEMBRE — **DIAS DE LA SEMANA**

CONDICIONES DE SALUD	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X	
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X

CONDICIONES DE SALUD	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?			X		X		X		X		X		X				X				X		X		X					
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X				

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador ____________________

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto: HUS MORGUE **Nombre:** ANDRES FELIPE MEZA VARGAS

Número de identificación: 1122.920862 **Cargo:** AYUDANTE **Fecha de diligenciamiento:** 01-30 SEP-2023

MES: SEPTIEMBRE — **DIAS DE LA SEMANA**

CONDICIONES DE SALUD	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X								D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X				X							O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X				X							M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X				X							I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X				X							N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X				X							G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X				X							O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X				X							/			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X				X							/			X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Andres Meza

DISCEP S.A.S	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS MORGUE	**Nombre:**	ENNER JOHAN HERNANDEZ LEON
Número de identificación:	1098 764 369	**Cargo**	INGENIERO
Fecha de diligenciamiento:	01-30 DE SEP 2023		

MES: SEPTIEMBRE — **DIAS DE LA SEMANA**

CONDICIONES DE SALUD	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 NO	15 SI	15 NO	16 SI	16 NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X	
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta síntomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X

CONDICIONES DE SALUD	17 SI	17 NO	18 SI	18 NO	19 SI	19 NO	20 SI	20 NO	21 SI	21 NO	22 SI	22 NO	23 SI	23 NO	24 SI	24 NO	25 SI	25 NO	26 SI	26 NO	27 SI	27 NO	28 SI	28 NO	29 SI	29 NO	30 SI	30 NO	31 SI	31 NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?	D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta síntomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X	X			
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador ______________________

DISCEP S.A.S	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto: HUS MORGUE **Nombre:** MARIA PATRICIA ORTIZ PARADA

Número de identificación: 1095945932 **Cargo** AUXILIAR SST **Fecha de diligenciamiento:** 07-30 SEP-2023

MES: SEPTIEMBRE — **DIAS DE LA SEMANA**

SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?													X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?														X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)														X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)														X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)														X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)														X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)														X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?														X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)														X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Patricia Ortiz

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	ILIOS MORGUE	**Nombre:**	EDISSON BARAJAS GONZALEZ
Número de identificación:	1095789660	**Cargo**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
		Fecha de diligenciamiento:	09-30 SEP 2023

DIAS DE LA SEMANA

MES / SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																	X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X	/			X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Edisson Barajas Gonzalez.

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS MORGUE	**Nombre:**	CARLOS ALBERTO DELGADO SOSA		
Número de identificación:	1098769372	**Cargo**	AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN	**Fecha de diligenciamiento:**	11-30 Septiembre 2023

MES	**DIAS DE LA SEMANA**																																																													
SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																					X		X		X		X		X		X		D		X		X				X		X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																						X		X		X		X		X		X	O			X		X				X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																						X		X		X		X		X		X	M			X		X				X		X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																						X		X		X		X		X		X	I			X		X				X		X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																						X		X		X		X		X		X	N			X		X				X		X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																						X		X		X		X		X		X	G			X		X				X		X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																						X		X		X		X		X		X	O			X		X				X		X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta síntomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																						X		X		X		X		X		X				X		X				X		X		X				X		X		X		X		X				
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																						X		X		X		X		X		X				X		X				X		X		X				X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador: CarlosA Delgado sosa

DISCEP S.A.S	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS MORGUE	Nombre:	EUDY SILVA RODRIGUEZ		
Número de identificación:	12 502 893	Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN	Fecha de diligenciamiento:	11-30 DE SEP 2023

DIAS DE LA SEMANA

MES SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																					X		X		X		X		X		X																															
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																						X		X		X		X		X		X																														
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																						X		X		X		X		X		X																														
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																						X		X		X		X		X		X																														
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																						X		X		X		X		X		X																														
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																						X		X		X		X		X		X																														
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																						X		X		X		X		X		X																														
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																						X		X		X		X		X		X																														
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																						X		X		X		X		X		X																														

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Eudisilva

DISCEP S.A.S	**FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD**	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	HUS MORGUE	**Nombre:**	PETTER JOSEPH SANCHEZ MANZANO		
Número de identificación:	1090 417433	**Cargo**	PLOMERO	**Fecha de diligenciamiento:**	18-30-SEP-2023

MES	**DIAS DE LA SEMANA**																																																													
SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																																			X														X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																																				X														X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																				X														X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Petter Sanchez

DISCEP S.A.S	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	**Código:** FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	Hus Morgue	**Nombre:**	Luis Antonio Dioyes Rodriguez
Número de identificación:	5778282	**Cargo**	Ayudante de construcción
Fecha de diligenciamiento:	22- 30 septiembre de 2023		

MES	**DIAS DE LA SEMANA**																																																													
SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																																											X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																																												X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																												X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																												X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																												X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																												X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																												X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																																												X		X				X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																												X		X				X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Luis A. Dioyes

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto:	Hus Morgue	Nombre:	Giovany Segovia Marin
Número de identificación:	5031890	Cargo	Ayudante de construcción
Fecha de diligenciamiento:	22 - 30 septiembre de 2023		

MES: SEPTIEMBRE — DIAS DE LA SEMANA

SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																																											X		X		D		X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																																												X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																												X		X	M			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																												X		X	I			X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																												X		X	N			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																												X		X	G			X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																												X		X	O			X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																																												X		X				X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																												X		X				X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador Geovany Segovia

DISCEP S.A.S.	FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD	Código: FO-GI-24
		Fecha actualización: 20/06/2023
		Versión: 01

Proyecto: Hus Morgue **Nombre:** Carlos Alberto Galvis Gonzalez

Número de identificación: 1.100.890.690 **Cargo** Oficial de construcción **Fecha de diligenciamiento:** 25-30 Septiembre

MES — **DIAS DE LA SEMANA**

SEPTIEMBRE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																																																	X		X		X				X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																																																		X		X		X				X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																																		X		X		X				X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																																		X		X		X				X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																																		X		X		X				X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																																		X		X		X				X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																																		X		X		X				X		X		
¿Actualmente presenta síntomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																																																		X		X		X				X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																																		X		X		X				X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador CARLOS GALVIS

FORMATO AUTO REPORTE DE CONIDICONES DE SALUD

Código: FO-GI-24

Fecha actualización: 20/06/2023

Versión: 01

Proyecto:	Hus Moigue	**Nombre:**	Jose Ramon Linares Gutierrez		
Número de identificación:	6.503.837	**Cargo**	Ayudante plomero	**Fecha de diligenciamiento:**	25 - 30 septiembre 2023

MES: SEPTIEMBRE — **DIAS DE LA SEMANA**

CONDICIONES DE SALUD	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Se encuentra en condiciones optimas para laborar (física y psicologicamente)?																																																	X		X		X		X		X		X			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o tratamiento médico que le impida trabajar?																																																		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente?(Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																																		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (Describir brevemente en la parte inferior en observaciones)																																																		X		X		X		X		X		X		
¿En los ultimos tres (3) meses ha presentado sintomatología, que haya afectado sus condiciones de salud COVID 19 o alguna otra patología medica? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																																		X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																																		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (Describir brevemente las causas de la incapacidad)																																																		X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta sintomas como: tos, malestar general, secreciones nasales?																																																		X		X		X		X		X		X		
¿Actualmente presenta algun tipo de dolor que le dificulte realizar con normalidad sus actividades? (Describir brevemente en la parte inferor en observaciones)																																																		X		X		X		X		X		X		

Declaración: La persona que diligenció este formato medinate su firma se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento. Este reporte se realiza diariamente al iniciar la jornada laboral y sera valido durante el mes comprendido en la parte superior de este formato, en caso de que alguna de las respuestas anteriores sean afirmativas no podra lanorar y debera dirigirse al centro de salud por su EPS si es necesario, este formato no es valido para reportar accidentes laborales. Adicionalmente es necesario informar inmediatamente si las condiciones de salud cambian durante la jornada laboral o en el transcurso de la semana en la cual se diligencio dicho formato.

Observaciones

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud Si [X] No [ ]

Firma del trabajador JOSE