CGC-2023 CONSORCIO GRUPO CONSTRUCTOR	EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG-SST
		CÓDIGO: FT-CGC-018
		23/05/2023
		VERSIÓN:2 | Pág. 1 de 3

NOMBRES Y APELLIDOS	Gina Marcela Gonzalez Fonseca	CÉDULA	1023861.208
FECHA	15-09-2023	CARGO	Coordinadora SST

1. La empresa cuenta con las siguientes políticas
a) Seguridad y Salud en el Trabajo
b) Seguridad y Salud en el trabajo y ambiente
c) X Seguridad y Salud en el trabajo – espacio libre de humo, alcohol y sustancias psicoactivas – acoso laboral

2. Señale con una X las imágenes en que se exponen a un accidente laboral

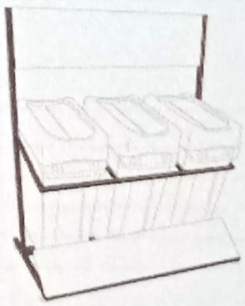






3. Como podemos cuidar el medio ambiente marque con una X)
a) X Reciclando, Reutilizando, Reduciendo.
b) Quemado las basuras u/hojas de lis arboles
c) Sacando las bolsas blancas con todos los residuos

4. Colores normativos para la clasificación de residuos: (marque con una X)
a) Azul, blanco. Gris.
b) X Blanco, verde, negro
c) Rojo, negro, verde



5. Escriba tres responsabilidades que tiene el trabajador con la empresa:
1. Informar su estado de salud
2. Reportar cuando identifique un riesgo en su labor diaria
3. participar en las capacitaciones del SG-SST

6. En caso de un incidente o accidente de trabajo a quién se le reporta. (marque con una X)
a). Al amigo más cercano para ver si lo conocía.
b) X. Al jefe del área, Inspector SST o brigadista.

c). Se queda callado para que no lo culpen

7- Identifique los riesgos a los que se expone

a). Riesgo físico, ergonómico y químico.
b). Riego Biológico, publico y desastres naturales.
c). Riesgo eléctrico, locativo, mecánico
d). todas las anteriores

8. Marque con una X qué Elementos de Protección Personal debe utilizar para la función que va a desempeñar:

Peto	☐	Guantes	☒	Gafas	☒	Mascarillas	☒
Arnés	☐	Cascos	☒	Botas	☒	Tapa oídos	☒

9. Coloque falso o verdadero
a) (V) El COPASST, es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
b) (V) CCL, Es el comité de convivencia laboral
c) (F) Cuando ocurre un accidente de trabajo, se debe quedar callado y no reportarlo al jefe inmediato.

CALIFICACION: Se califica de 1 a 5 promediando el número de preguntas realizadas (< 3,5 Pierde y se capacitara nuevamente / ≥ 3,5 Aprobado)

VALOR DE LA CALIFICACIÓN 5

APROBO: SI ✓ NO _____

OBSERVACIONES

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA DEL FUNCIONARIO (A)