**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Barranquilla, Agosto de 2024

Señor(a)
**MILDRED YAROV ROLON NIETO**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **5967033**
Coordinador Académico SST
SST
Barranquilla

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Mes Agosto del año 2024

**Referencia:** No 5967033 del año 2024

GILMAR ANTONIO GONZALEZ CORRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1044425363 de Puerto Colombia, en mi calidad de Contratista del SENA, en SST, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago:** g). un pago correspondiente al mes de Agosto de 2024 por valor de (3349159). Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta AHORROS No. 806804535 AV VILLAS, cuyo titular es el Contratista.

**Plazo:** Será hasta el 30 de Septiembre de 2024.

| |
|---|
| **OBJETO:** Desarrollar formación profesional por competencias laborales, mediante la estrategia de aprendizaje por proyectos en los programas de formación de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, participando en los equipos de diseño y desarrollo curricular y gestionando las actividades y proyectos a través de las tecnologías de la información y la |

| |
|---|
| comunicación que brinda la entidad, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente |
| |

**Obligaciones Especificas:** (Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro)

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Planificar el desarrollo curricular del programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación profesional de la entidad | Se hizo revisión del programa de formación de salud ocupacional en las diferentes competencias para el diseño de los objetos de aprendizaje | Objetos de aprendizaje y material de consulta colgado en las fichas de la TERRIOTORIO. |
| 2 | Participar en la elaboración del proyecto formativo de cada programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación profesional de la entidad. | Se siguen lineamientos del proyecto formativo en sus distintas fases. | TERRITORIO: fichas asignadas. |
| 3 | Gestionar la información de planificación curricular, gestión de proyectos formativos, juicios evaluativos, novedades e inasistencias en el aplicativo institucional SOFIA Plus | Se realiza toma de asistencia diaria y se diligencia información en sofía plus. Se realiza fase de alistamiento en la TERRITORIO para el desarrollo de la formaciòn. | TERRITORIO: fichas asignadas |
| 4 | Ejecutar acciones de formación profesional según el área de conocimiento asignada en el objeto contractual y acorde al nivel de formación, jornada y | Se imparte formación según el horario establecido en planeación y calidad | Consultar horario de planeación y calidad. Fichas Asignada |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | modalidad establecida en la programación específica de acciones de formación | | |
| 5 | Planificar el desarrollo curricular del programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación profesional de la entidad. | Se hizo revisión del programa de formación de salud ocupacional en las diferentes competencias para el diseño de los objetos de aprendizaje | Objetos de aprendizaje y material de consulta colgado en las fichas de la TERRITORIO |
| 6 | Participar en la elaboración del proyecto formativo de cada programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación | Se siguen lineamientos del proyecto formativo en sus distintas fases | Objetos de aprendizaje y material de consulta colgado en las fichas de la TERRITORIO |

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| **ITEM** | **No DE LA ORDEN DE VIAJE** | **LUGAR DE DESPLAZAMIENTO** | **FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL** | **FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Nota 1:** Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 9470584122 de la planilla, operador y periodo. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

Evidencias en () folios

Cordialmente,

**GILMAR ANTONIO GONZALEZ CORRO**

**Contratista**

**C.C. No. 1044425363**

Recibí a satisfacción:

MILDRED YAROV ROLON NIETO

Supervisor(a) Contrato 5967033 de 2024

Coordinador Académico SST

# TIEMPO ACT. APOYO A LA FORMACION

**INSTRUCTOR:** GILMAR ANTONIO GONZALEZ CORRO

**CENTRO DE FORMACIÓN:** CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION

**FECHA INICIAL:** 01/08/2024 00:00:00

**FECHA FINAL:** 31/08/2024 23:59:59

## ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**FICHA DE APRENDIZAJE:** 2997985 - GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | |
|---|---|
| • COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: | APOYAR LAS ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE. |
| • COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: | ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE. |

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

APLICAR PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN PRESENTADA, PROTOCOLOS Y TIPO DE LESIONES.

DIRECCIONAR A LA PERSONA LESIONADA A LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA LOCALIDAD RESPECTIVA PARA SU ATENCIÓN DEFINITIVA.

TRANSPORTAR A LA PERSONA, DE ACUERDO CON EL TIPO DE LESIÓN Y LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.

VALORAR LA ESCENA DEL ACCIDENTE DE ACUERDO CON EL TIPO DE SITUACIÓN PRESENTADA.

| | |
|---|---|
| • COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: | COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA |
| • COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: | EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA POR EL SER. EN |

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

DEFINIR PROGRAMA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

DETERMINAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA, DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, UTILIZANDO HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS APLICABLES.

EJECUTAR PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA ORGANIZACIÓN

EVALUAR LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN, QUE FACILITEN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: EJECUTAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, SEGÚN ORIENTACIONES DADAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

## RESULTADOS DE APRENDIZAJE

APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO

CONTROLAR Y MANTENER CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.

DETERMINAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE

GENERAR ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, QUE INCLUYAN LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN, DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA

REALIZAR EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN PRIORIZACIÓN

REGISTRAR Y PROCESAR INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: FOMENTAR PRÁCTICAS SEGURAS Y SALUDABLES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: REDUCIR LAS CAUSAS Y EFECTOS DE LAS URGENCIAS, EMERGENCIAS, CALAMIDADES Y DESASTRES DE ACUERDO CON MODELOS HUMANÍSTICOS SOCIALES Y

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA

**HORAS DEDICADAS EN LA FICHA :** 24,90

**FICHA DE APRENDIZAJE:** 2989694 - GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: APOYAR LAS ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE.

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

APLICAR PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN PRESENTADA, PROTOCOLOS Y TIPO DE LESIONES.

DIRECCIONAR A LA PERSONA LESIONADA A LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA LOCALIDAD RESPECTIVA PARA SU ATENCIÓN DEFINITIVA.

TRANSPORTAR A LA PERSONA, DE ACUERDO CON EL TIPO DE LESIÓN Y LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.

VALORAR LA ESCENA DEL ACCIDENTE DE ACUERDO CON EL TIPO DE SITUACIÓN PRESENTADA.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA POR EL SER. EN

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

DEFINIR PROGRAMA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

DETERMINAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA, DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, UTILIZANDO HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS APLICABLES.

EJECUTAR PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA ORGANIZACIÓN

EVALUAR LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN, QUE FACILITEN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: EJECUTAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, SEGÚN ORIENTACIONES DADAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

## RESULTADOS DE APRENDIZAJE

APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO

CONTROLAR Y MANTENER CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.

DETERMINAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE

GENERAR ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, QUE INCLUYAN LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN, DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA

REALIZAR EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN PRIORIZACIÓN

REGISTRAR Y PROCESAR INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: FOMENTAR PRÁCTICAS SEGURAS Y SALUDABLES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: REDUCIR LAS CAUSAS Y EFECTOS DE LAS URGENCIAS, EMERGENCIAS, CALAMIDADES Y DESASTRES DE ACUERDO CON MODELOS HUMANÍSTICOS SOCIALES Y

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA

**HORAS DEDICADAS EN LA FICHA :** 39,90

**FICHA DE APRENDIZAJE:** 2828058 - GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: APOYAR LAS ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE.

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

APLICAR PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN PRESENTADA, PROTOCOLOS Y TIPO DE LESIONES.

DIRECCIONAR A LA PERSONA LESIONADA A LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA LOCALIDAD RESPECTIVA PARA SU ATENCIÓN DEFINITIVA.

TRANSPORTAR A LA PERSONA, DE ACUERDO CON EL TIPO DE LESIÓN Y LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.

VALORAR LA ESCENA DEL ACCIDENTE DE ACUERDO CON EL TIPO DE SITUACIÓN PRESENTADA.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA POR EL SER. EN

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

DEFINIR PROGRAMA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

DETERMINAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA, DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, UTILIZANDO HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS APLICABLES.

EJECUTAR PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA ORGANIZACIÓN

EVALUAR LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON BASE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN, QUE FACILITEN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: EJECUTAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, SEGÚN ORIENTACIONES DADAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

**RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO

CONTROLAR Y MANTENER CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.

DETERMINAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE

GENERAR ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, QUE INCLUYAN LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN, DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE LA

REALIZAR EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN PRIORIZACIÓN

REGISTRAR Y PROCESAR INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: FOMENTAR PRÁCTICAS SEGURAS Y SALUDABLES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: REDUCIR LAS CAUSAS Y EFECTOS DE LAS URGENCIAS, EMERGENCIAS, CALAMIDADES Y DESASTRES DE ACUERDO CON MODELOS HUMANÍSTICOS SOCIALES Y

• COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA

**HORAS DEDICADAS EN LA FICHA :** 55,80

| TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS: | 120,60 |
|---|---|

## EVENTOS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA - EDT´s

| FICHA | FECHA INICIO | FECHA FINAL | EVENTO | HORAS |
|---|---|---|---|---|

| TOTAL TIEMPO EDT´s: | 0,00 |
|---|---|

## ACTIVIDADES ADICIONALES

| FECHA INICIAL | FECHA FINAL | ACTIVIDAD | HORAS |
|---|---|---|---|

| TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES: | 0,00 |
|---|---|

**INSTRUCTOR:** GILMAR ANTONIO GONZALEZ CORRO

**CENTRO DE FORMACIÓN:** CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

11 respuestas

Publicar análisis

## NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO

11 respuestas

Guzmán Rincón Eduardo

Juan Carlos Morales Maury

Bertalia feria macareno

Cristian Alonso Ortiz Sanchez

Sonia Trujillo Sánchez

Gerardo Antonio sierra Suárez

Nasly Corina Bolivar Coronado

JUAN CARLOS JIMENEZ CABALLERO

Fernando Castillo Pacheco

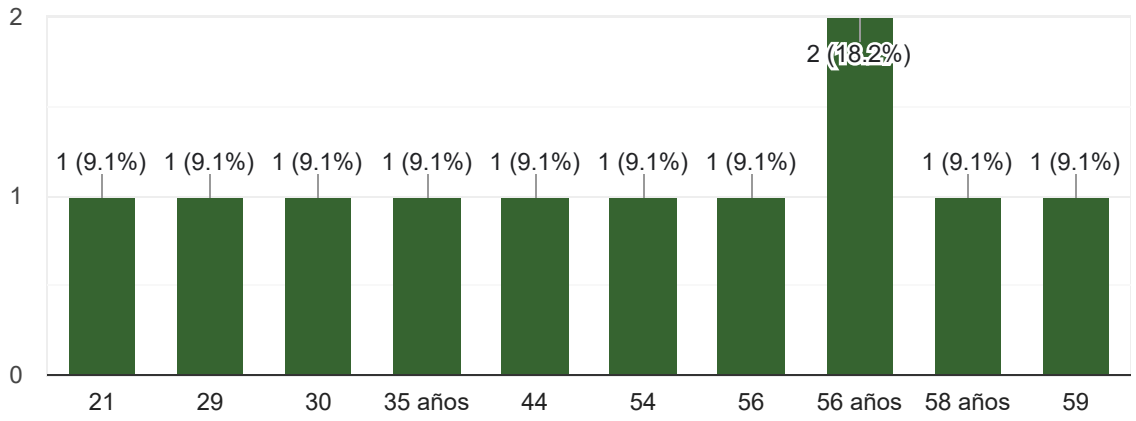
Carolina Isabel Díaz Caballero

Hainer López rueda

## EDAD

Copiar

11 respuestas




## CORREO ELECTRONICO

11 respuestas

calibatman69@gmail.com

sistemas@undeco.co

b-feria@hotmail.com

cristianortiz945@gmail.com

julysoni@hotmail.com

sierrasuarezgerardoantonio@gmail.com

nasly _dani@hotmail.com

juancjc67@gmail.com

fercastillo-27@hotmail.com

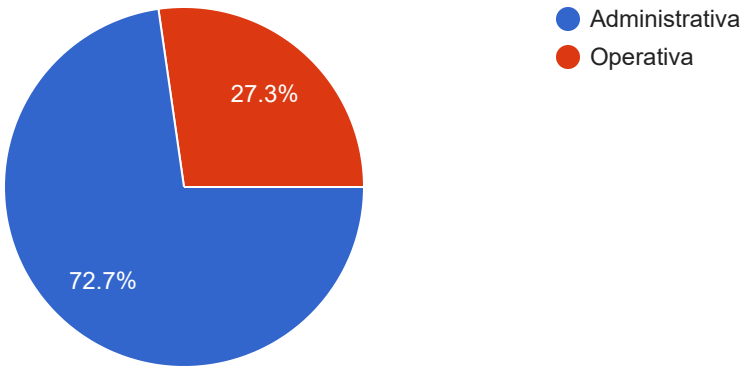
gomezisabel124@gmail.com

hainerlopezrueda@gmail.com

## DEPENDENCIA

Copiar

11 respuestas




## CARGO

11 respuestas

Cobrador

Sistemas

Secretaria de Recepción

Auxiliar de trámites

Jefe dpto de tramites

Ejecutivo de cuenta

Tesorería

Direccion Ejecutiva

Asesor Jurídico

Auxiliar contable y asistente de dirección ejecutiva

Ejecutivo de cuentas

## ANTIGUEDAD EN EL CARGO

11 respuestas

Cobrador

33 años

7 años

1 año

22 años

Un año y 5 meses

33años

16 meses

5 años

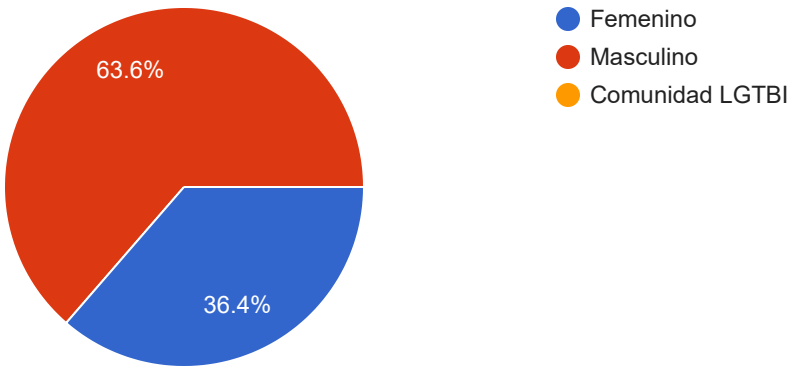
2 meses

1año

## SEXO

Copiar

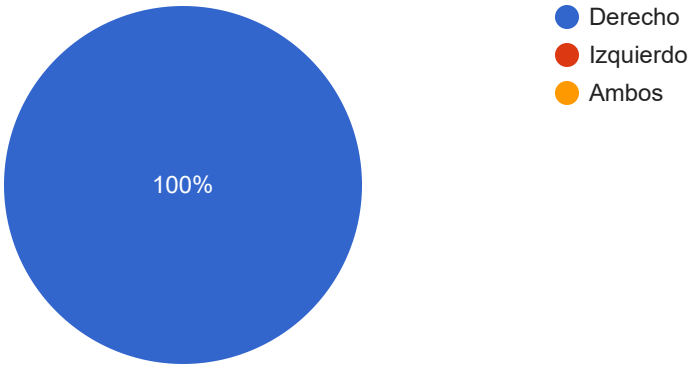
11 respuestas



DOMINANCIA. Usted es:

Copiar

11 respuestas

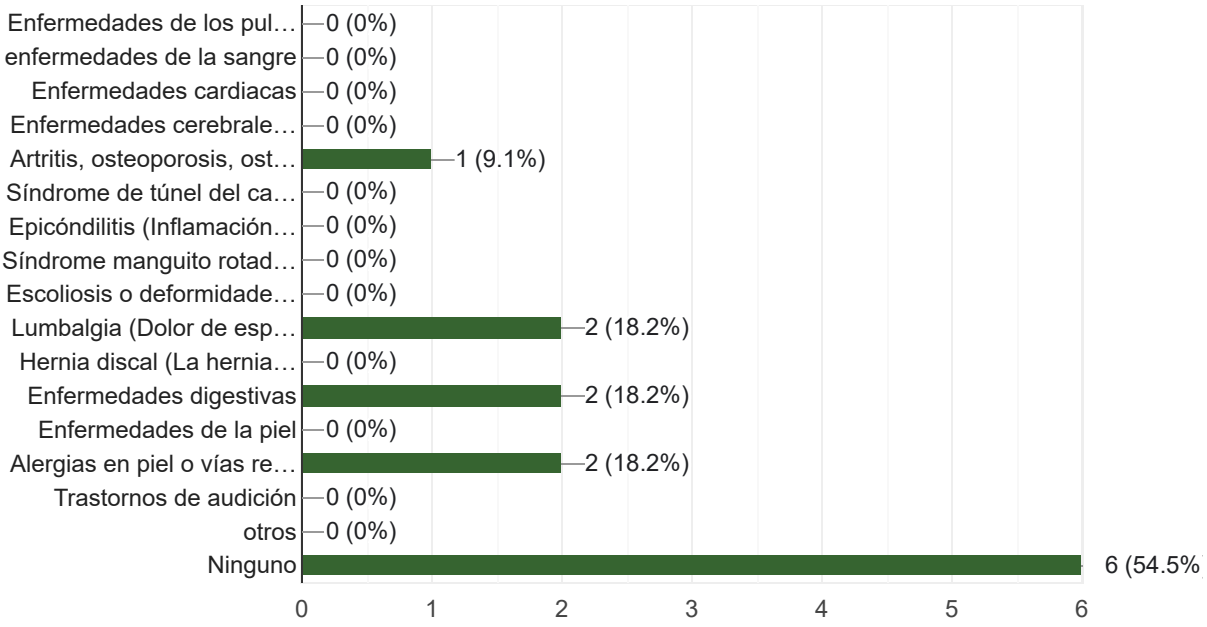



## ANTECEDENTES MEDICOS

Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:

Copiar

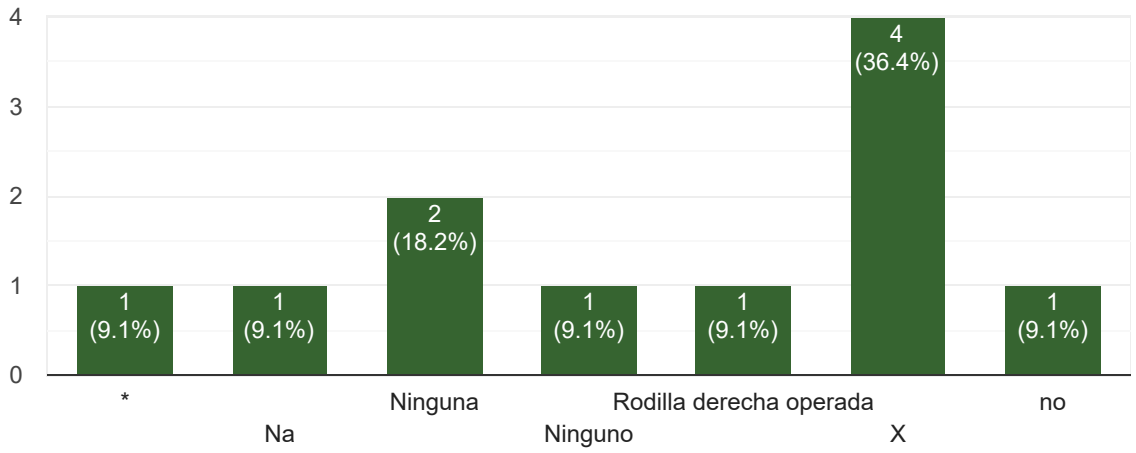
11 respuestas



Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.

Copiar

11 respuestas

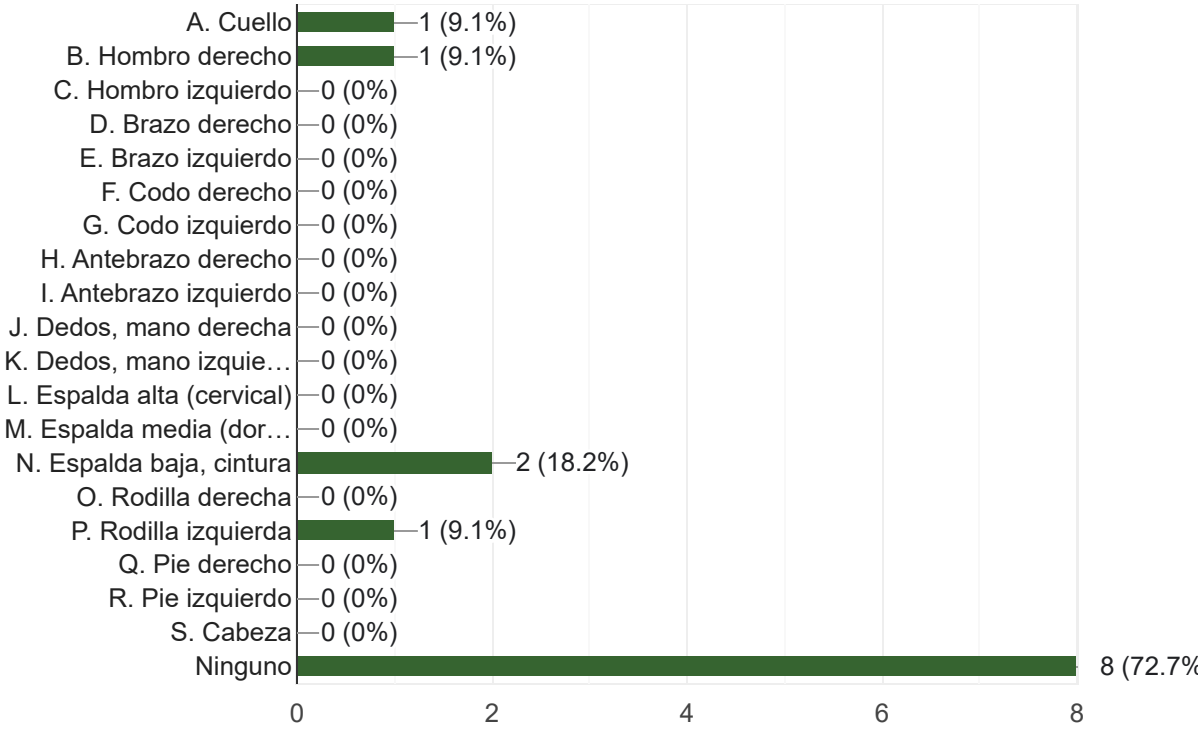



## SINTOMAS

Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.

Copiar

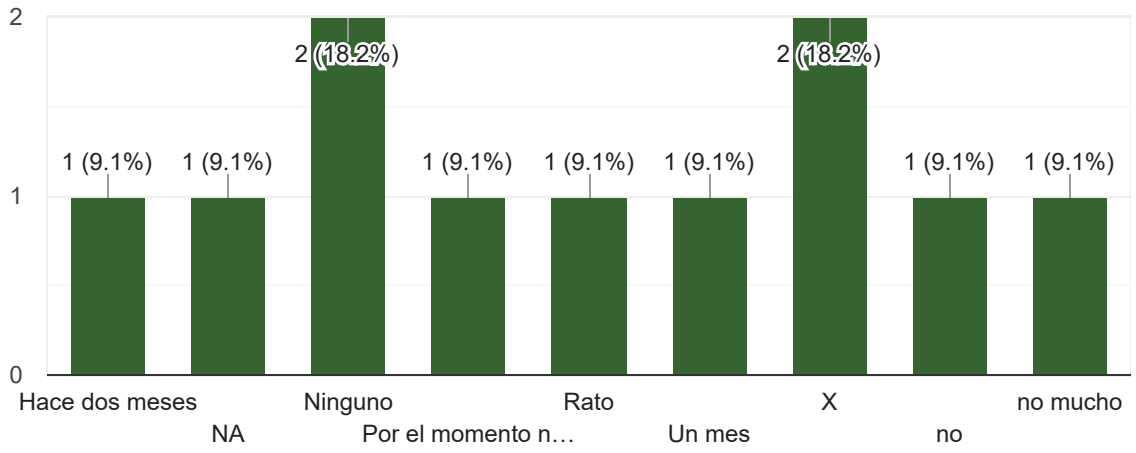
11 respuestas



## Hace cuanto tiempo?

Copiar

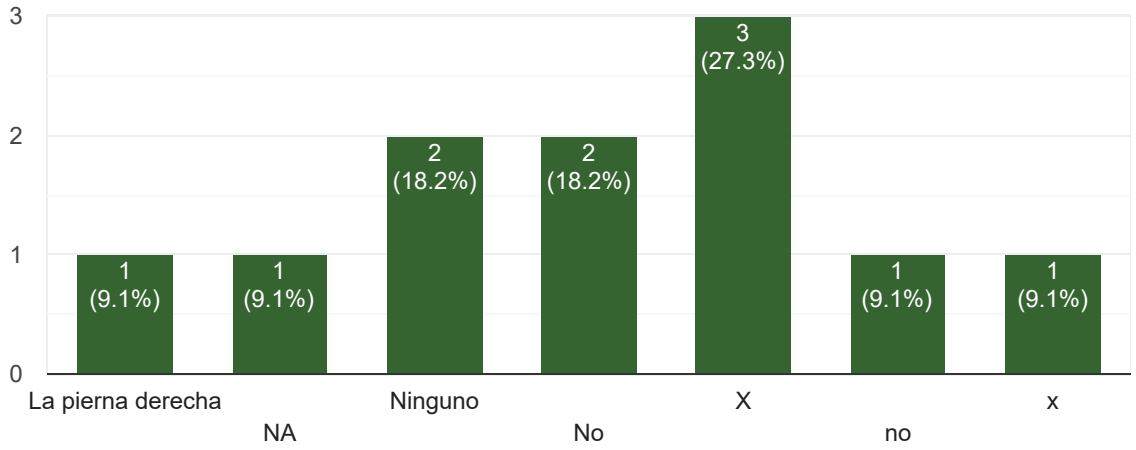
11 respuestas




## Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele

Copiar

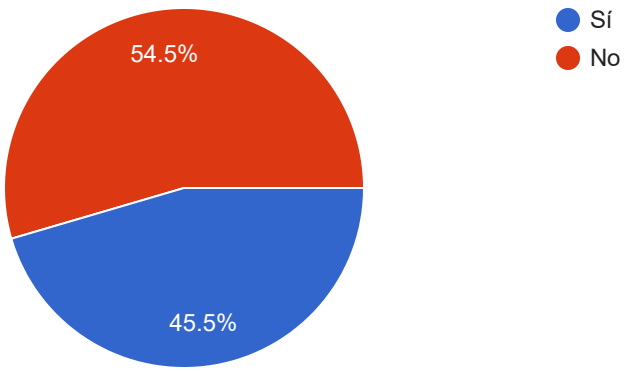
11 respuestas




## La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?

Copiar

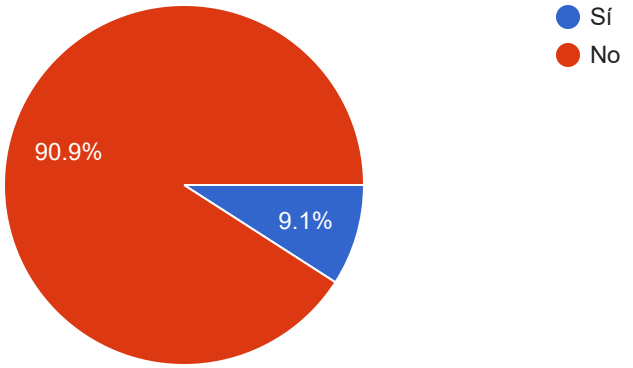
11 respuestas



Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias

Copiar

11 respuestas




¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.

11 respuestas

No

no

Ninguno

X

Ninguna

NA

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

6 respuestas

Publicar análisis

## NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO

6 respuestas

Katherine Milena Alvarez cera

Jorge William Pardo Ceballos

Andrés Felipe Arias

Yurani Alvarez cera

Luz Dary Ceballos castaño

Rubén Dario tangarife Ceballos

## EDAD

6 respuestas

41

29

32

38

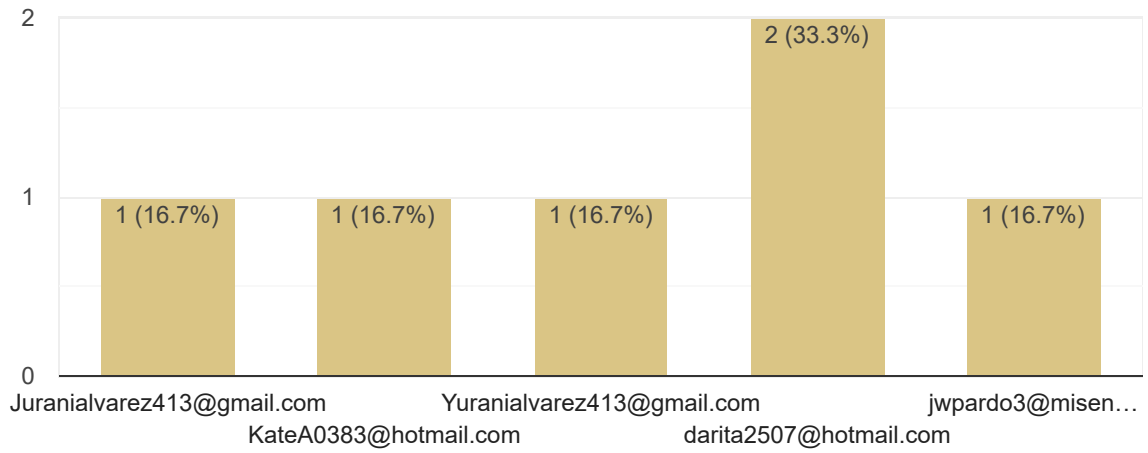
50

42

## CORREO ELECTRONICO

Copiar

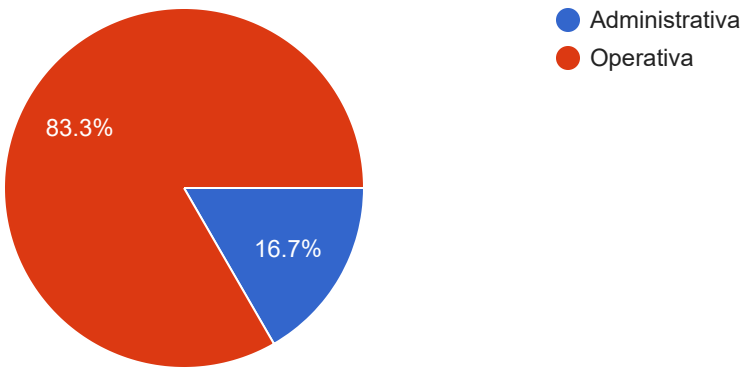
6 respuestas




## DEPENDENCIA

Copiar

6 respuestas



## CARGO

6 respuestas

Vendedora

Vendedor

Empleado

Operaria

Administración

Operario de máquina

## ANTIGUEDAD EN EL CARGO

6 respuestas

5

8

7 años

7años

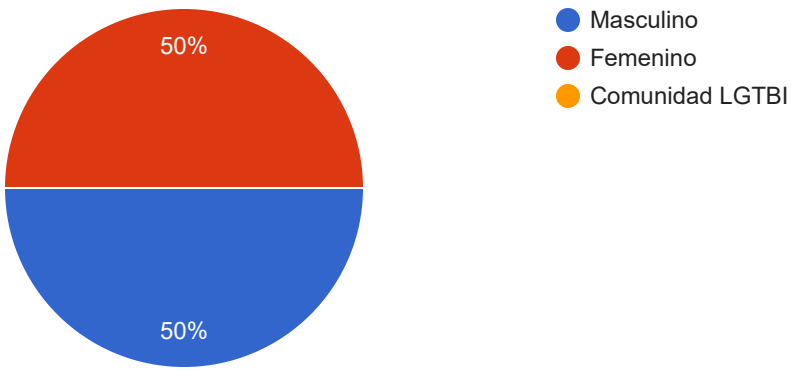
12

12 años

## GENERO

Copiar

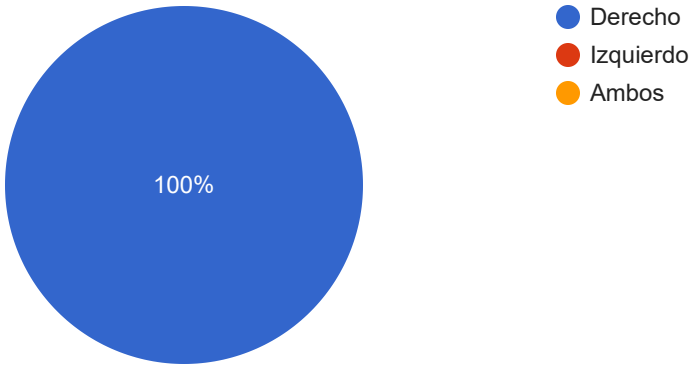
6 respuestas



## DOMINANCIA. Usted es:

Copiar

6 respuestas

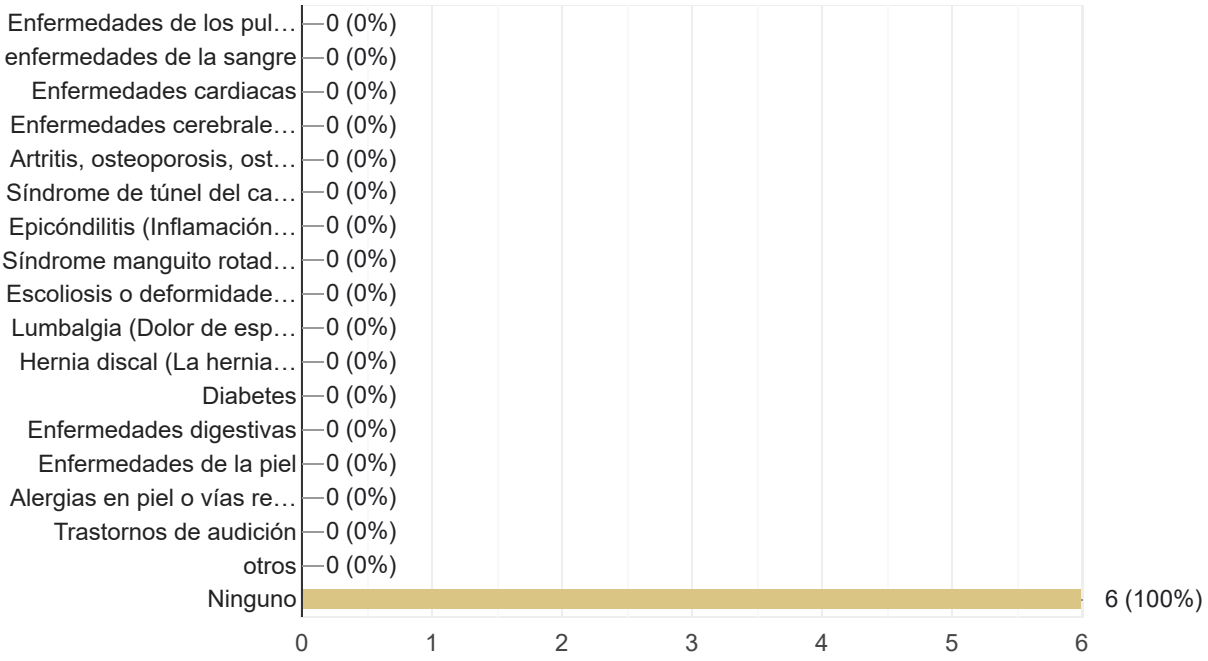



## ANTECEDENTES MEDICOS

## Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:

Copiar

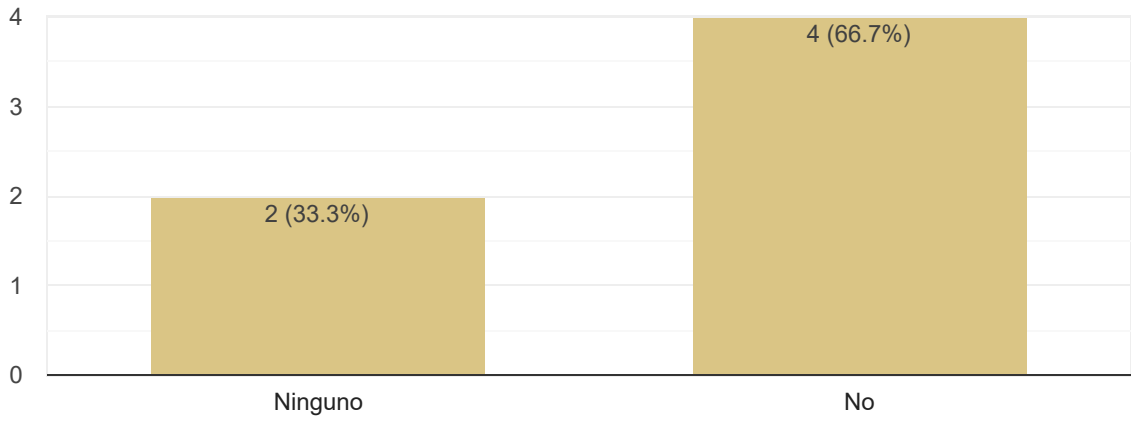
6 respuestas



Si la respuesta fue "otros" indique cual?

Copiar

6 respuestas

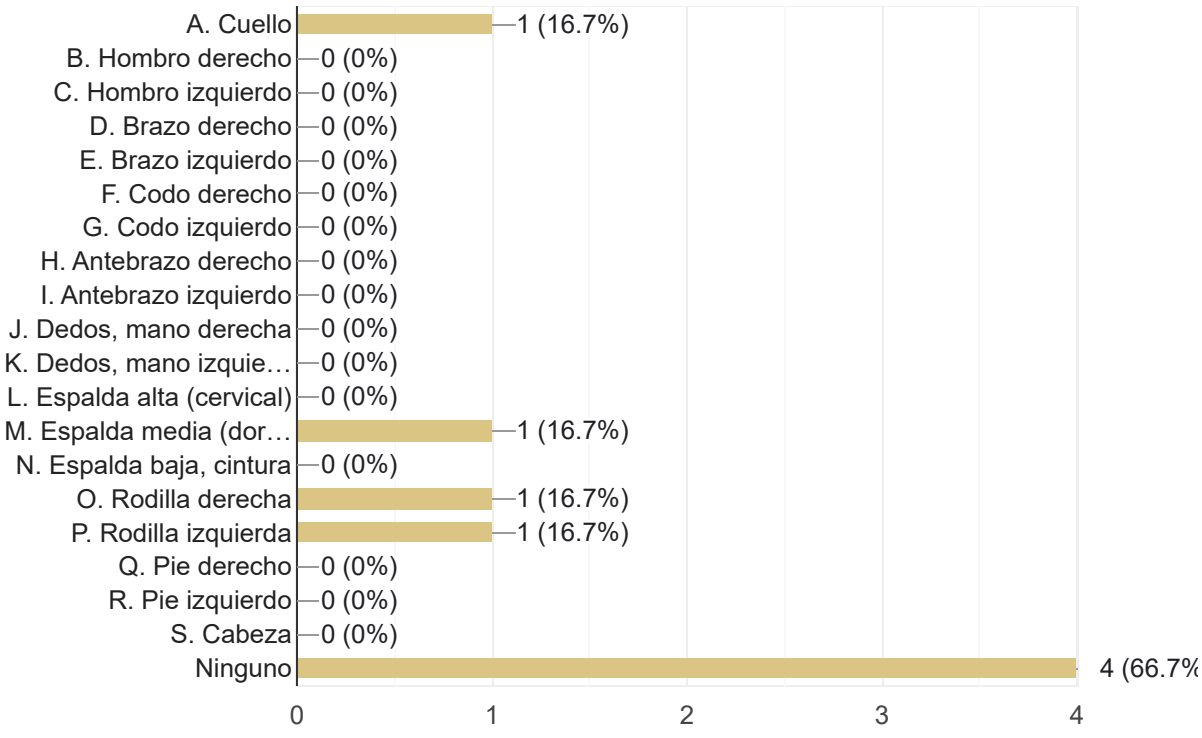



SINTOMAS

Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.

Copiar

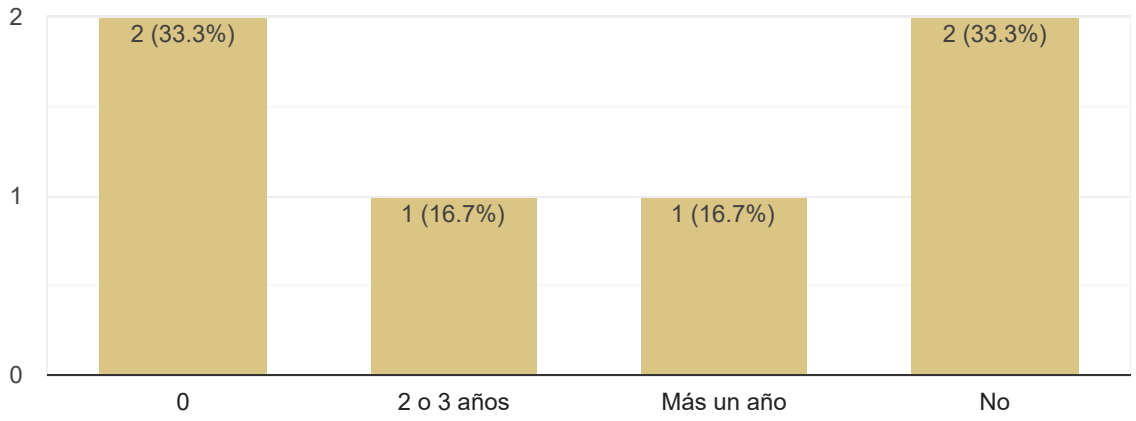
6 respuestas



## Hace cuanto tiempo?

Copiar

6 respuestas




## Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele

6 respuestas

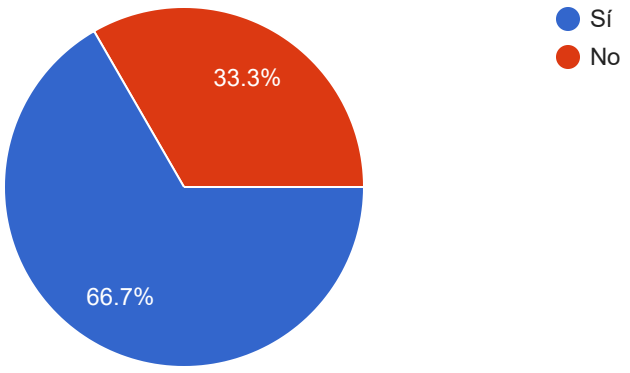
No

0

## La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?

Copiar

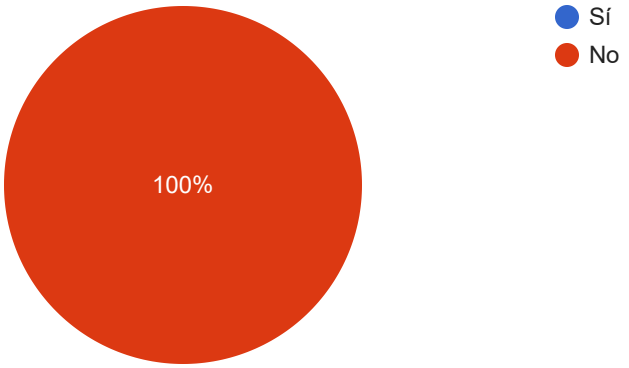
6 respuestas



Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias

Copiar

6 respuestas




¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.

6 respuestas

No

0

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Guzmán Rincón Eduardo

**EDAD** *

54

**CORREO ELECTRONICO** *

calibatman69@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- ○ Administrativa
- ◉ Operativa

**CARGO** *

Cobrador

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

Cobrador

**SEXO** *

- ○ Femenino
- ◉ Masculino
- ○ Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- ◉ Derecho
- ○ Izquierdo
- ○ Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [x] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [ ] Ninguno

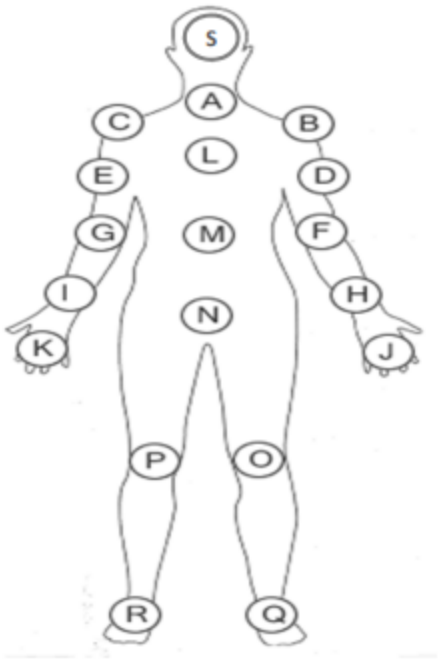
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

Rodilla derecha operada

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Por el momento no presento ninguna molestia

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

No

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Juan Carlos Morales Maury

**EDAD** *

58 años

**CORREO ELECTRONICO** *

sistemas@undeco.co

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Sistemas

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

33 años

**SEXO** *

- ( ) Femenino
- (•) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (•) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

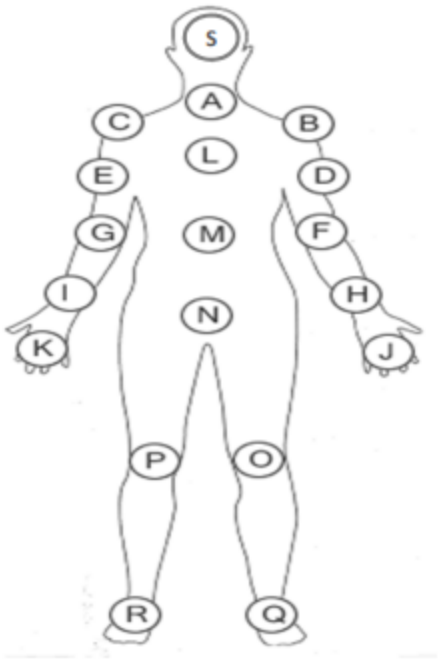
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

*

SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [x] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [ ] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

no mucho

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

x

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- (●) Sí
- ( ) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

no

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Bertalia feria macareno

**EDAD** *

59

**CORREO ELECTRONICO** *

b-feria@hotmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Secretaria de Recepción

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

7 años

**SEXO** *

- (●) Femenino
- ( ) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (●) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

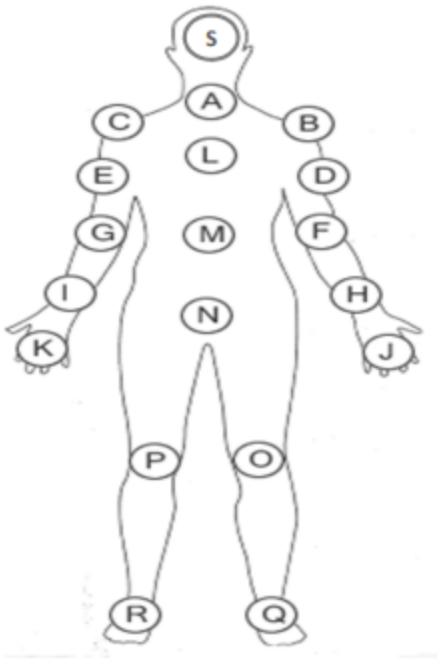
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

Ninguno

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Ninguno

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

Ninguno

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

Ninguno

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Cristian Alonso Ortiz Sanchez

**EDAD** *

35 años

**CORREO ELECTRONICO** *

cristianortiz945@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Auxiliar de trámites

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

1 año

**SEXO** *

- ○ Femenino
- ◉ Masculino
- ○ Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- ◉ Derecho
- ○ Izquierdo
- ○ Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [x] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [ ] Ninguno

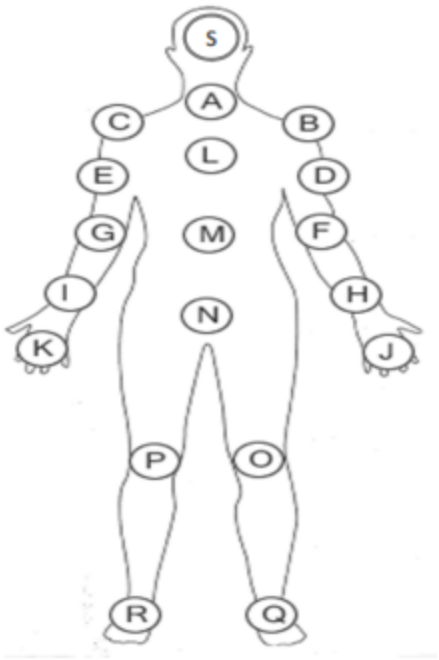
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

X

SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

X

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

X

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

X

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Sonia Trujillo Sánchez

**EDAD** *

56 años

**CORREO ELECTRONICO** *

julysoni@hotmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Jefe dpto de tramites

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

22 años

**SEXO** *

- (●) Femenino
- ( ) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (●) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [x] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [x] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [x] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [ ] Ninguno

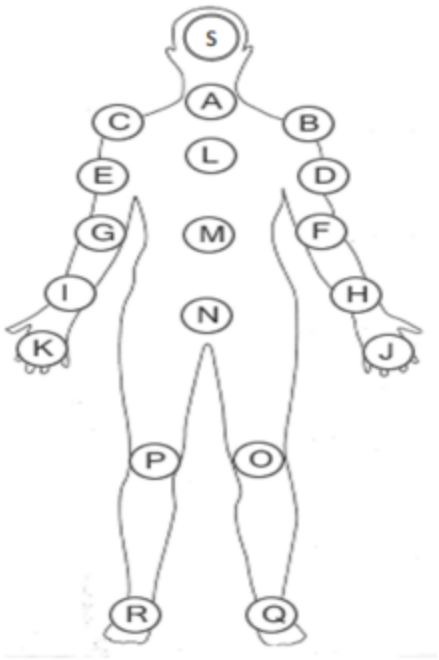
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

X

SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [x] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [ ] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Rato

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

X

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- (●) Sí
- ( ) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Gerardo Antonio sierra Suárez

**EDAD** *

44

**CORREO ELECTRONICO** *

sierrasuarezgerardoantonio@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- ○ Administrativa
- ◉ Operativa

**CARGO** *

Ejecutivo de cuenta

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

Un año y 5 meses

**SEXO** *

- ( ) Femenino
- (•) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (•) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [x] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [ ] Ninguno

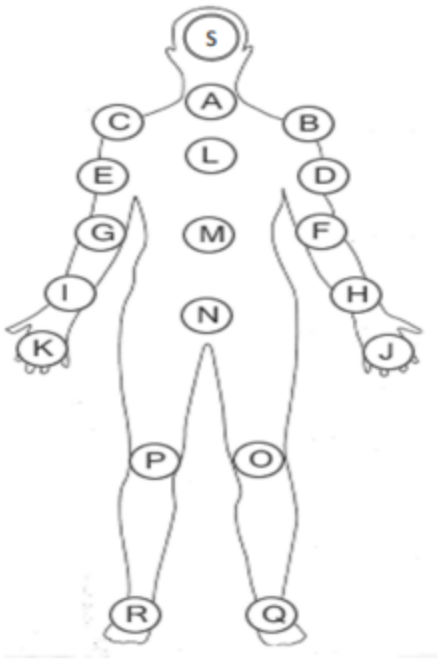
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

X

SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [x] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

X

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

X

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- (●) Sí
- ( ) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Nasly Corina Bolivar Coronado

**EDAD** *

56 años

**CORREO ELECTRONICO** *

nasly _dani@hotmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Tesorería

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

33años

**SEXO** *

- (●) Femenino
- ( ) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (●) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [x] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [ ] Ninguno

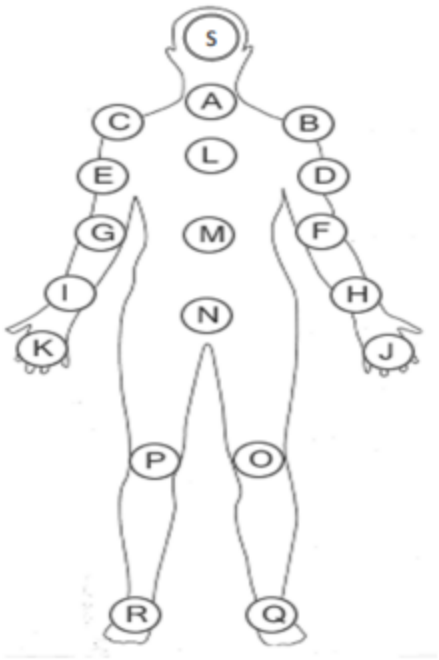
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

X

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [x] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [ ] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Hace dos meses

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

La pierna derecha

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- (●) Sí
- ( ) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

JUAN CARLOS JIMENEZ CABALLERO

**EDAD** *

56

**CORREO ELECTRONICO** *

juancjc67@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Direccion Ejecutiva

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

16 meses

**SEXO** *

- ○ Femenino
- ◉ Masculino
- ○ Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- ◉ Derecho
- ○ Izquierdo
- ○ Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

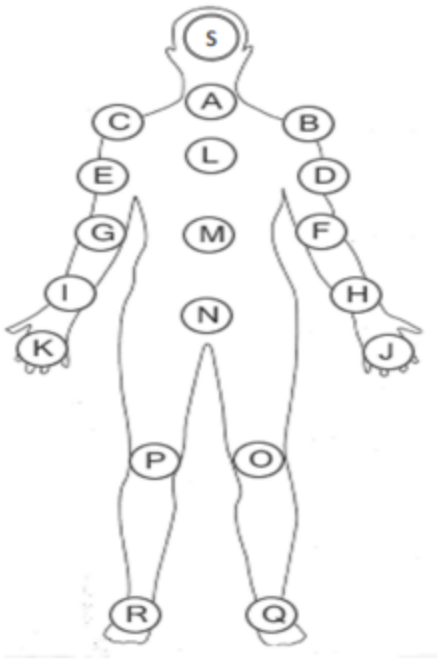
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

no

SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

no

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

no

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

no

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Fernando Castillo Pacheco

**EDAD** *

29

**CORREO ELECTRONICO** *

fercastillo-27@hotmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Asesor Jurídico

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

5 años

**SEXO** *

- ○ Femenino
- ◉ Masculino
- ○ Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- ◉ Derecho
- ○ Izquierdo
- ○ Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

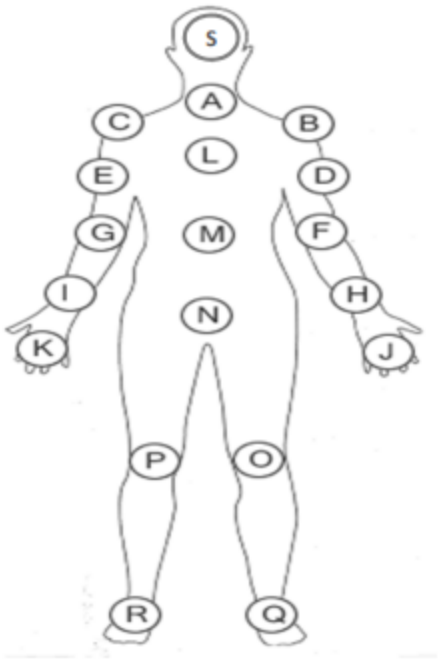
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

Ninguna

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Ninguno

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

Ninguno

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- (●) Sí
- ( ) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- (●) Sí
- ( ) No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

Ninguna

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Carolina Isabel Díaz Caballero

**EDAD** *

21

**CORREO ELECTRONICO** *

gomezisabel124@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- (●) Administrativa
- ( ) Operativa

**CARGO** *

Auxiliar contable y asistente de dirección ejecutiva

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

2 meses

**SEXO** *

- (●) Femenino
- ( ) Masculino
- ( ) Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- (●) Derecho
- ( ) Izquierdo
- ( ) Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

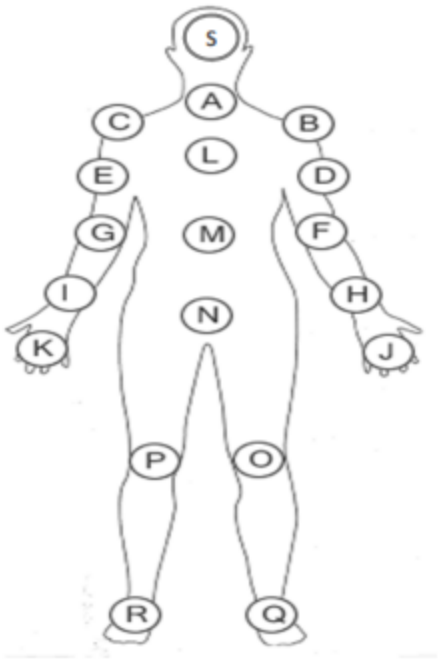
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

Na

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [ ] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

NA

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

NA

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

NA

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

*La encuesta de morbilidad sentida es una herramienta de gran utilidad, el cual el trabajador suministra información acerca de su estado de salud, con el objetivo de reconocer a las personas que tienen alguna condición de salud, que pueda ser considerada como factor de riesgo.*

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO** *

Hainer López rueda

**EDAD** *

30

**CORREO ELECTRONICO** *

hainerlopezrueda@gmail.com

**DEPENDENCIA** *

- ○ Administrativa
- ◉ Operativa

**CARGO** *

Ejecutivo de cuentas

**ANTIGUEDAD EN EL CARGO** *

1año

**SEXO** *

- ○ Femenino
- ◉ Masculino
- ○ Comunidad LGTBI

**DOMINANCIA. Usted es:** *

- ◉ Derecho
- ○ Izquierdo
- ○ Ambos

## ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor diligencie

**Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:** *

- [ ] Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis
- [ ] enfermedades de la sangre
- [ ] Enfermedades cardiacas
- [ ] Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia
- [ ] Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)
- [ ] Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)
- [ ] Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)
- [ ] Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)
- [ ] Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)
- [ ] Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)
- [ ] Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)
- [ ] Enfermedades digestivas
- [ ] Enfermedades de la piel
- [ ] Alergias en piel o vías respiratorias
- [ ] Trastornos de audición
- [ ] otros
- [x] Ninguno

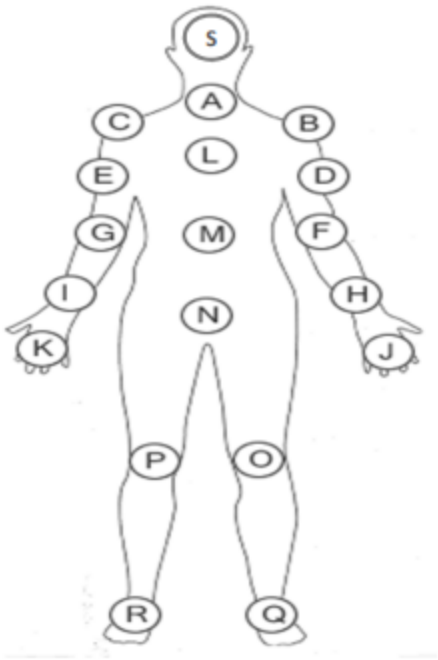
**Si la respuesta anterior fue "otros" por favor indique cual.** *

Ninguna

## SINTOMAS

Por favor diligenciar

**Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si la selecciona alguna de las opciones por favor pasar a la siguiente pregunta.** *




- [ ] A. Cuello
- [x] B. Hombro derecho
- [ ] C. Hombro izquierdo
- [ ] D. Brazo derecho
- [ ] E. Brazo izquierdo
- [ ] F. Codo derecho
- [ ] G. Codo izquierdo
- [ ] H. Antebrazo derecho
- [ ] I. Antebrazo izquierdo
- [ ] J. Dedos, mano derecha
- [ ] K. Dedos, mano izquierda
- [ ] L. Espalda alta (cervical)
- [ ] M. Espalda media (dorsal)

- [ ] N. Espalda baja, cintura
- [ ] O. Rodilla derecha
- [ ] P. Rodilla izquierda
- [ ] Q. Pie derecho
- [ ] R. Pie izquierdo
- [ ] S. Cabeza
- [x] Ninguno

**Hace cuanto tiempo?** *

Un mes

**Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele** *

No

**La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos?** *

- ( ) Sí
- (•) No

**Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias** *

- ○ Sí
- ◉ No

**¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad profesional? De ser así indique cuales.** *

No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Elaborado por:

GILMAR GONZALEZ CORRO

ESPECIALISTA EN SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EN CALIDAD DE ASESOR EXTERNO ASIGNADO POR AREPAS Y AREPAS.

## INTRODUCCIÓN

El local comercial *"AREPAS Y AREPAS"* en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 donde se dictan en materia de Seguridad y salud en el trabajo los estándares mínimos para empresas en el territorio colombiano.

Que de conformidad con lo señalado en el artículo 1° de la Ley 1562 de 2012, el Sistema General de Riesgos Laborales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan y que las disposiciones vigentes de seguridad y salud en el trabajo – SST relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales.

Para su efecto, "AREPAS Y AREPAS". Aborda la prevención de las lesiones y enfermedades laborales, la protección y promoción de la salud de los trabajadores, a través de la implementación de un método lógico y por etapas cuyos principios se basan en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) y que incluye la política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y acciones de mejora.

El desarrollo articulado de estos elementos, permitirá cumplir con los propósitos del SG-SST.

El SG-SST, se caracteriza por su adaptabilidad, al tamaño y características de la empresa, para centrarse en la identificación y control de los peligros y riesgos asociados con su actividad.
El esquema del sistema de gestión se describe en las siguientes etapas:

- Política
- Organización
- Planificación
- Aplicación
- Evaluación
- Auditoría
- Mejoramiento

## DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

**Seguridad y salud en el trabajo:** Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
Busca mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores. *Ley 1562/2012*

**Accidente de trabajo:** Suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Ley 1562/2012

**Enfermedad laboral:** Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. Ley 1562/2012

**Actividad rutinaria.** Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

**Actividad no rutinaria.** Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización, que no es estandarizable debido a la diversidad de escenarios y condiciones bajo las cuales pudiera presentarse.

**Análisis del riesgo.** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo (véase el numeral 2.29) y para determinar el nivel del riesgo (véase el numeral 2.24) (ISO 31000:2009)

**Consecuencia.** Resultado, en términos de lesión o enfermedad, de la materialización de un riesgo, expresado cualitativa o cuantitativamente.

**Exposición.** Situación en la cual las personas se exponen a los peligros.

**Identificación del peligro.** Proceso para reconocer si existe un peligro y definir sus características.

**Medida(s) de control.** Medida(s) implementada(s) con el fin de minimizar la ocurrencia de incidentes.

**Nivel de riesgo.** Magnitud de un riesgo (véase el numeral 2.29) resultante del producto del nivel de probabilidad (véase el numeral 2.22) por el nivel de consecuencia (véase el numeral 2.23).

**Partes Interesadas.** Persona o grupo dentro o fuera del lugar de trabajo (véase el numeral 2.17) involucrado o afectado por el desempeño de seguridad y seguridad y salud en el trabajo (véase el numeral 3.15 de NTC-OHSAS 18001:2007) de una organización (NTC-OHSAS 18001:2007).

**Peligro:** Fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, o una combinación de estos (GTC 45 2012).

**Probabilidad.** Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado y pueda producir consecuencias

**Riesgo.** Combinación de la probabilidad de que ocurra un(os) evento(s) o exposición(es) peligroso(s), y la severidad de lesión o enfermedad, que puede ser causado por el (los) evento(s) o la(s) exposición(es)

**Riesgo Aceptable.** Riesgo que ha sido reducido a un nivel que la organización puede tolerar con respecto a sus obligaciones legales y su propia política en seguridad y seguridad y salud en el trabajo.

**Valoración de los riesgos.** Proceso de evaluar el(los) riesgo(s) que surge(n) de un(os) peligro(s), teniendo en cuenta la suficiencia de los controles existentes, y de decidir si el(los) riesgo(s) es (son) aceptable(s) o no

## ABREVIATURAS Y GUÍAS

En este documento se encontrarán las siguientes abreviaturas:

**SG-SST:** Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
**SST:** Seguridad y salud en el trabajo

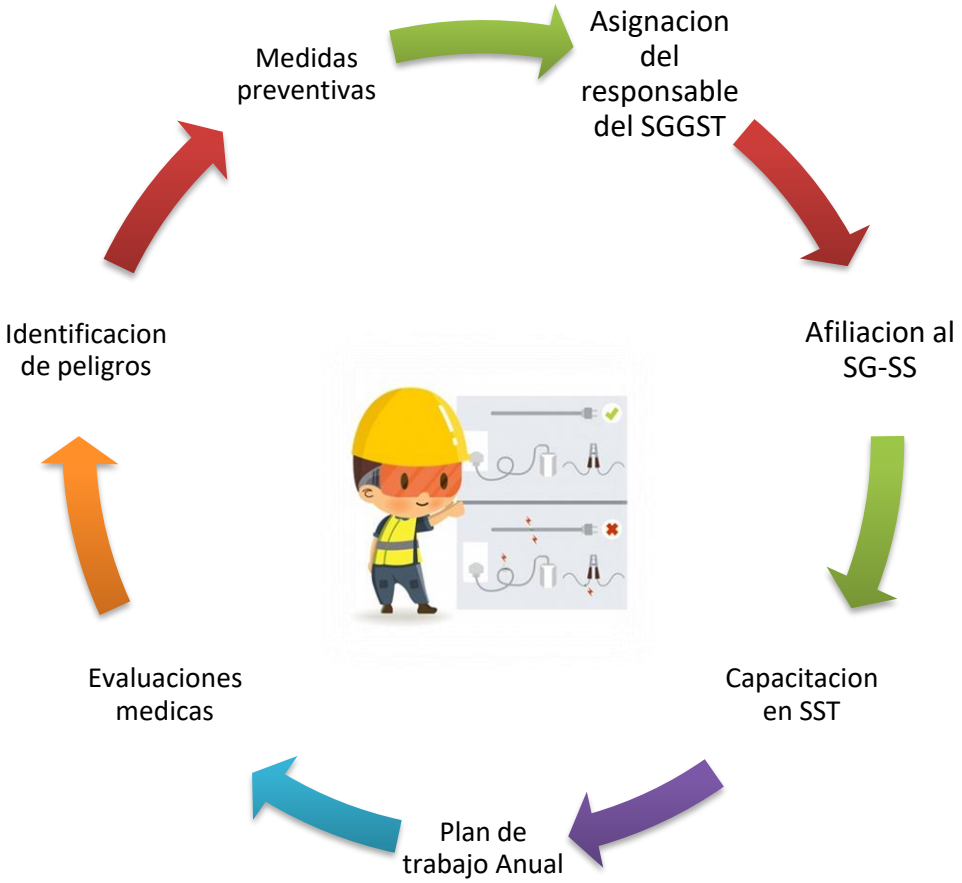
Adicionalmente en el documento se encontrarán referencias a documentos que se encuentran insertados en el presente manual por medio de hipervínculos y que aparecerán con los siguientes íconos:

Documento: Procedimiento, guía, manual, política, etc.

Documento en Excel: programa, plan de trabajo, fichas, etc.

## ESQUEMA SG-SST

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN LOS ESTANDARES MINIMOS DE LA RESOLUCION 0312 DE 2019 A EMPRESAS CON MENOS DE 10 TRABAJADORES Y CLASIFICADAS EN RIESGO I II III**



# GENERALIDADES

## INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA

**NIT: 13829717-9**

**Razón Social: AREPAS Y AREPAS**

**Actividad económica: 5612**

**Sucursales: SI** [ ] **NO** [x]

| SUCURSAL | CIUDAD | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| Principal | Barranquilla-Atlántico | Calle 74 #49-42 | 6053069078-3008883096 |
| | | | |

**Clase de riesgo: 1 BAJO**

**ARL: Positiva**

## 2.2 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS/PRODUCTOS

Expendio por autoservicio de comidas preparadas

### Misión

Brindar a nuestros clientes una experiencia culinaria rápida y deliciosa, con comidas preparadas de alta calidad, elaboradas con ingredientes frescos y seleccionados, en un formato de autoservicio ágil, conveniente, cómodo y eficiente, que fomente la satisfacción y lealtad de nuestros consumidores.

### Visión

Convertirnos en el establecimiento preferido, de autoservicio de comidas preparadas en la ciudad de Barranquilla. Liderando en el mercado con un enfoque en la innovación, la sostenibilidad y la excelencia en el servicio y contribuir al bienestar de la comunidad a través de un servicio responsable y accesible.

### Política de seguridad y salud en el trabajo

AREPAS Y AREPAS, dedicada al expendio por autoservicio de comidas preparadas (venta de empanadas, comida rápida y bebidas), se compromete con la protección y promoción de la salud de los trabajadores, y demás partes interesadas, procurando su integridad física mediante el control de los riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente. Todos los niveles de dirección asumen la responsabilidad de promover un ambiente de trabajo sano y seguro, cumpliendo los requisitos legales aplicables, vinculando a las partes interesadas en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el trabajo y destinando los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la gestión de la salud y la seguridad. Los programas desarrollados en la organización estarán orientados a fomentar una cultura preventiva y de autocuidado, intervenir las condiciones de trabajo que puedan causar accidentes o enfermedades laborales, controlar el ausentismo y a la preparación para emergencias. Todos los empleados, y demás partes interesadas tendrán la responsabilidad de cumplir con las normas y procedimientos de seguridad, con el fin de realizar un trabajo seguro y productivo, Igualmente serán responsables de notificar oportunamente todas aquellas

condiciones que puedan generar consecuencias y contingencias para los empleados y la organización.

AREPAS Y AREPAS, establece como lineamientos básicos para el cumplimiento de esta política bajo las siguientes directrices:

- Cumplir con la normativa vigente en materia de SST, aplicables en la organización
- Identificar peligros, valorar los riesgos y establecer controles con el fin de prevenir y preservar el bienestar físico y mental de nuestros trabajadores, contratistas y partes interesadas,
- Promover ambientes laborales seguros para todos los trabajadores, y partes interesadas con el fin de prevenir o disminuir el impacto de accidentes y enfermedades laborales.
- Establecer conciencia y cultura de promoción y prevención a todos los trabajadores, y demás partes interesadas, garantizando condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Es revisada mínima una vez al año y se actualiza acorde a los cambios.

_____

Firma Representante Legal de la Empresa.

## Objetivos del SGGST

### Objetivo General

Ejecutar las acciones programadas en el plan de trabajo, mantener un diagnóstico actualizado de los riesgos y la vulnerabilidad que se pueda ser desarrollado en AREPAS Y AREPAS, en el que permita direccionar esfuerzos y recursos para la realización de un plan de acción (Capacitación y Actividades) que logre brindar seguridad a los trabajadores, proteger bienes, activos y ayudar al cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en temas relacionados a la SST.

### Objetivos específicos

- ✓ Priorizar las amenazas, determinar la vulnerabilidad y definir niveles de riesgo frente a éstas.
- ✓ Hacer el inventario de recursos humanos, físicos, y técnicos, tanto internos como externos, con que cuenta AREPAS Y AREPAS, para atender sus propios Incidentes, Accidentes de trabajo.
- ✓ Gestionar un concepto favorable referente a la seguridad y salud en el trabajo, para que los trabajadores desarrollen las actividades y capacitaciones laborales propia del sector de la empresa con una previa inspección realizada por profesionales idóneos.

### Turnos De Trabajo-Horarios

A continuación, se detallan el horario de trabajo del establecimiento comercial.

| GRUPO | TURNOS-HORARIOS |
|---|---|
| Administrativos y operativos | 3:00 PM A 11:00 PM |

## Responsabilidades en el SGSST

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Responsabilidades en SGSST** | |

## Comité Paritario de Seguridad y Seguridad y salud en el trabajo

El local comercial cuenta con un vigía ocupacional, dando cumplimiento a la ley 1562 de 2012, decreto 1072 del 2015 y Resolución 2013 de 1986.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Acta de elección del VIGIA DE SST** | |

Dentro de las principales funciones y responsabilidades del VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, dando cumplimiento a la normatividad:

- ✓ Proponer a la administración de la empresa o establecimiento de trabajo la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
- ✓ Proponer y participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo dirigidas a trabajadores, supervisores y directivos de la empresa o establecimiento de trabajo.
- ✓ Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de seguridad y salud en el trabajo en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.

- ✓ Vigilar el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial debe realizar la empresa de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; promover su divulgación y observancia.
- ✓ Colaborar en el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer al empleador las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. Evaluar los programas que se hayan realizado.
- ✓ Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar los ambientes, máquinas, equipos, aparatos y las operaciones realizadas por el personal de trabajadores en cada área o sección de la empresa e informar al empleador sobre la existencia de factores de riesgo y sugerir las medidas correctivas y de control.
- ✓ Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
- ✓ Servir como organismo de coordinación entre empleador y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo. Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Solicitar periódicamente a la empresa informes sobre accidentalidad y enfermedades laborales con el objeto proponer soluciones de mejora en el desempeño de la seguridad y salud en el trabajo.

## Comité de convivencia laboral

El local comercial cuenta con un comité de convivencia laboral dando cumplimiento a lo establecido en las resoluciones 652 y 1356 de 2012, creado como medida preventiva para el acoso laboral. Sesiona de manera trimestral o en casos que requieran intervención inmediata. El comité de convivencia cuenta con un manual en donde se establecen las funciones y responsabilidades de los miembros y describe el funcionamiento del mismo.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Acta de conformación del representante del comité de Convivencia laboral** |  |

## Definición De Recursos

El local comercial "AREPAS Y AREPAS", desde el área directiva define y asigna los recursos físicos, financieros y humanos para el diseño, desarrollo, supervisión y evaluación de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y también, para que los responsables de la SST en la empresa incluido el VIGIA SST puedan cumplir de manera satisfactoria con sus funciones.
Anualmente se designará el presupuesto por medio de un presupuesto que será aprobado por el representante legal y se evaluará su cumplimiento.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Recursos para el SGSST** |  |

# 2. AFILIACION AL SG SEGURIDAD SOCIAL

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Planilla de pago de la seguridad social** |  |

# 3. PROGRAMA CAPACITACION 4.PLAN DE TRABAJO

**Programa De Capacitación Y Entrenamiento Y Plan de trabajo**

El local comercial "AREPAS Y AREPAS" cuenta con un Programa de Capacitación y Entrenamiento con el propósito de brindar conocimiento en seguridad y Salud en el trabajo necesarios para desempeñar sus actividades en forma eficiente y segura, cumpliendo con estándares de seguridad. Este programa incluye una identificación de las necesidades de entrenamiento en SST de acuerdo con las competencias requeridas por cargo y su actualización de acuerdo con las necesidades de la empresa.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Programa cronograma de capacitación, entrenamiento en SST y plan de trabajo** |  |

# 5. EVALUACIONES OCUPACIONALES

El local comercial AREPAS Y AREPAS, en su compromiso para con los trabajadores y el cumplimiento de la norma legal vigente (Resolución 2346 del 2007), asigna exámenes médicos ocupacionales para activar el programa de Medicina del trabajo perteneciente al SGSST.

## Programa De Medicina Preventiva Y Del Trabajo

El programa de medicina preventiva y del trabajo tiene como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo.

## Objetivos

- ✓ Realizar exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión, ubicación según aptitudes, periódicos ocupacionales, cambios de ocupación, reingreso al trabajo, retiro y otras situaciones que alteren o puedan traducirse en riesgos para la salud de los trabajadores.
- ✓ Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Desarrollar actividades de prevención de enfermedades laborales, accidentes de trabajo y educación en salud
- ✓ Investigar y analizar las enfermedades ocurridas, determinar sus causas y establecer las medidas preventivas y correctivas necesarias.
- ✓ Informar a la gerencia sobre los problemas de salud de los trabajadores y las medidas aconsejadas para la prevención de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

- ✓ Organizar y educar al personal electo en primeros auxilios.
- ✓ Promover y participar en actividades encaminadas a la prevención de enfermedades laborales
- ✓ Diseñar y ejecutar programas para la prevención, detección y control de enfermedades relacionadas o agravadas por el trabajo.
- ✓ Elaborar y mantener actualizadas las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los trabajadores e investigar las posibles relaciones con sus actividades.
- ✓ Coordinar y facilitar la rehabilitación y reubicación de las personas con incapacidad temporal y permanente parcial.
- ✓ Promover actividades de recreación y deporte.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Exámenes médicos ocupacionales** | |

# 6. IDENTIFICACION DE PELIGRO

## Identificación De Peligros Y Valoración De Riesgos

El local comercial **"AREPAS Y AREPAS"** cuenta con un procedimiento documentado para la continua identificación de peligros, evaluación y control de riesgos con el objetivo controlarlos y definir prioridades en la gestión de los riesgos. La metodología utilizada es de acuerdo a GTC 45.

La metodología de identificación de peligros y valoración de riesgos, permite la participación activa de los trabajadores y partes interesadas y la priorización de los riesgos para establecer medidas de intervención con el siguiente esquema de jerarquización:

**a)** ***Eliminación del peligro/riesgo****:* Rediseño de procesos o equipos para eliminar o reducir los riesgos;
**b)** ***Sustitución:*** Sustituir una materia prima por una menos peligrosa o también, sustituir un proceso de alto riesgo por uno de menor riesgo;
**c)** ***Controles de Ingeniería:*** Adopción de medidas técnicas para el control del peligro/riesgo en su origen o fuente, como la implementación de sistemas de ventilación o encerramiento de equipos. Igualmente, incluye los controles para reducir la energía (reducir la fuerza, la presión, la temperatura entre otros) de los sistemas de producción, cuyo fin esté asociado con el control de los riesgos en SST;
**d)** ***Controles Administrativos:*** Implementación de sistemas de señalización, advertencia, demarcación de zonas de riesgo o zonas de circulación y almacenamiento, implementación de sistemas de advertencia y alarma, diseño e implementación de procedimientos de seguridad para ciertos procesos o actividades de riesgo, controles de acceso a zonas de riesgo, inspecciones de seguridad, listas de chequeo, permisos de trabajo entre otros;
**e)** ***Equipos de Protección Personal:*** Cuando ciertos peligros/riesgos no se puedan controlar en su totalidad con las medidas anteriores, el empleador deberá suministrar a sus trabajadores la dotación pertinente de acuerdo a sus actividades.

Las anteriores medidas de control para cada riesgo forman parte de los subprogramas de Medicina preventiva y del trabajo, Higiene y Seguridad Industrial.

El local comercial realiza seguimiento y medición periódica de la efectividad de las medidas de control de riesgos, de acuerdo con la identificación de peligros y control de riesgos.

Adicionalmente, el local comercial cuenta con un mecanismo para el reporte, control y seguimiento de actos y condiciones inseguras.

| DOCUMENTO | Click para acceder al documento |
|---|---|
| **Matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles** |  |

# 7. MEDIDAS PREVENTIVAS

**Acciones Correctivas Y Preventivas**

El local comercial cuenta con un procedimiento de acciones correctivas y preventivas, el cual garantiza que se defina e implementan las acciones necesarias, con base en los resultados de la supervisión y medición de la eficacia del SG-SST, de las auditorías y de la revisión por la alta dirección.

Las acciones están orientadas a:

a) Identificar y analizar las causas fundamentales de las no conformidades

b) La adopción, planificación, aplicación, comprobación de la eficacia y documentación de las medias preventivas y correctivas.

Todas las acciones preventivas y correctivas, se documentan, son difundidas a todos los niveles pertinentes, se asignan responsables y fechas de cumplimiento.

| DOCUMENTO | Click para ceder al documento |
|---|---|
| **Procedimiento acciones correctivas y preventivas** |  |

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

5 respuestas

Publicar análisis

## Nombre completo

5 respuestas

Katherine Milena Alvarez cera

Jorge William Pardo Ceballos

Yurani Zenith Álvarez cera

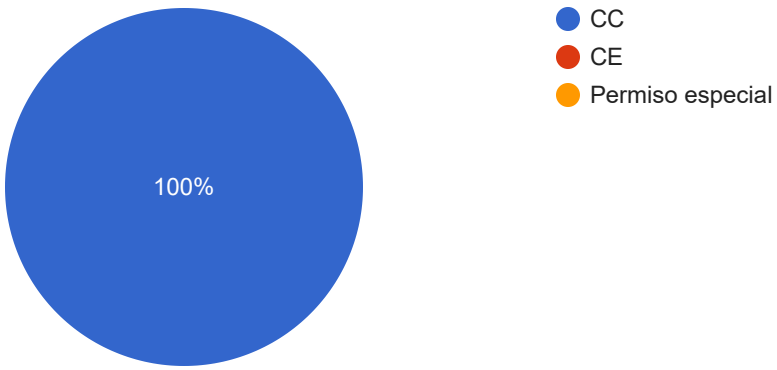
Ruben Darío tangarife ceballos

Juan Carlos Arias Salazar

## Tipo de Identificación

Copiar

5 respuestas



## Numero de ID

5 respuestas

1045718810

1140872411

1042426946

72257889

10262605

## Cargo actual

5 respuestas

Vendedora

Vendedor

Operaria

Operario

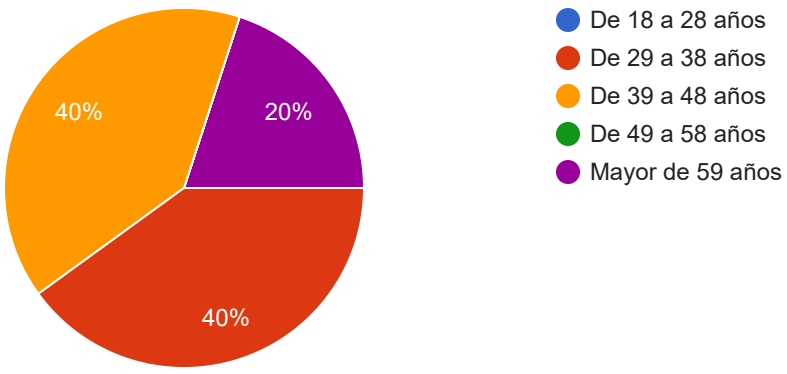
Representante legal

ENCUESTA DEMOGRAFICA

## Edad (Rango al que pertenece)

Copiar

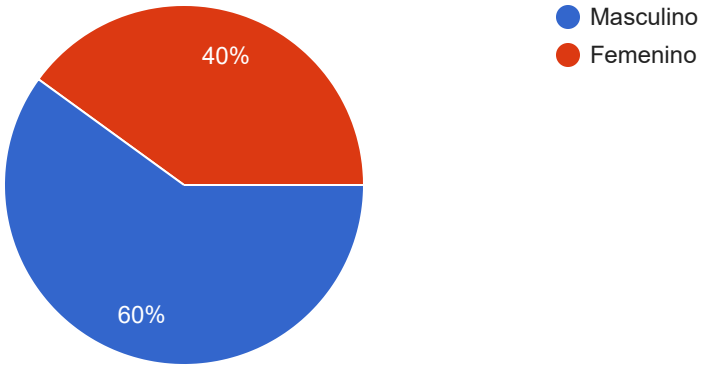
5 respuestas



SEXO

Copiar

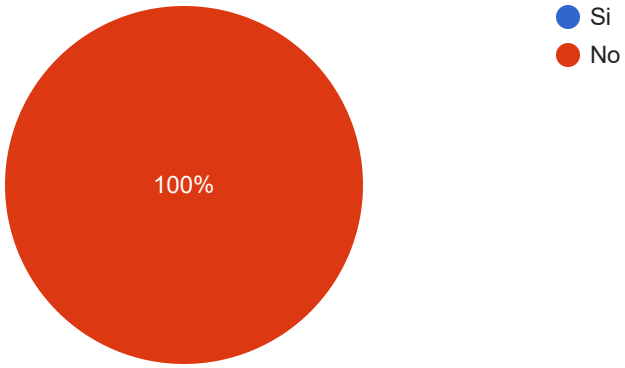
5 respuestas




Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual)

Copiar

5 respuestas




GENERO

Con que genero se identifica, descríbalo por favor?

0 respuestas

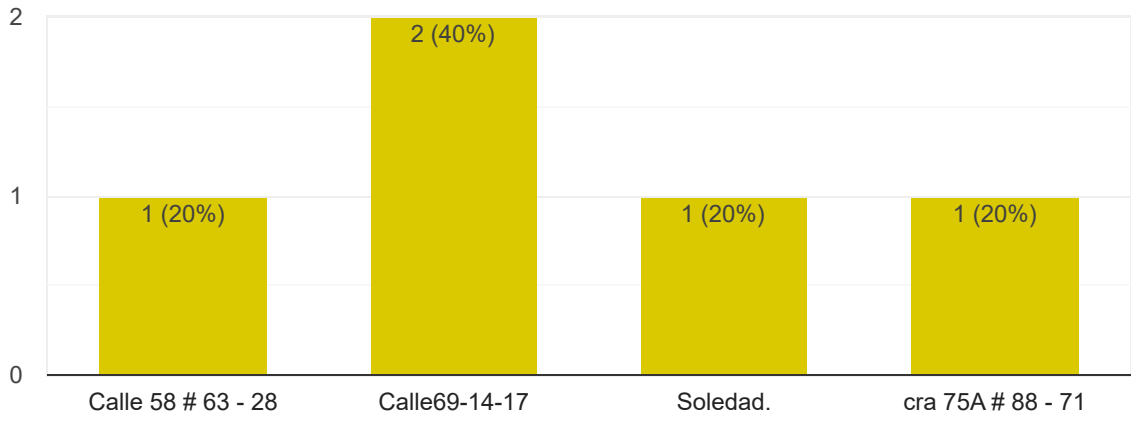
Todavía no hay respuestas para esta pregunta.

ENCUESTA DEMOGRAFICA

## Dirección de vivienda o domicilio

Copiar

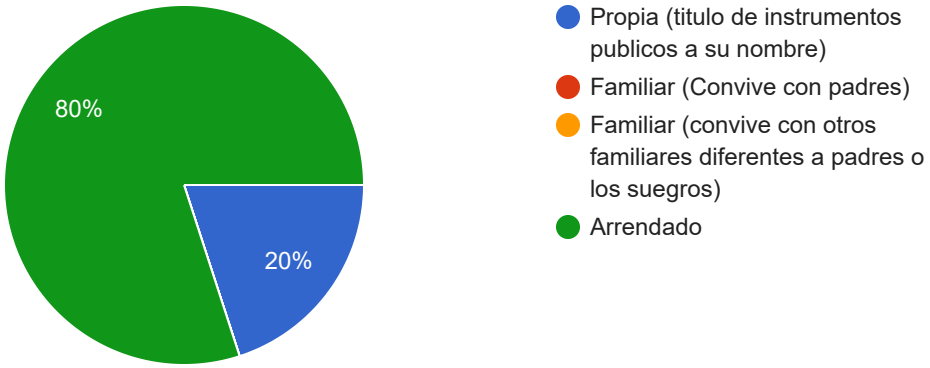
5 respuestas




## La vivienda donde vive es?

Copiar

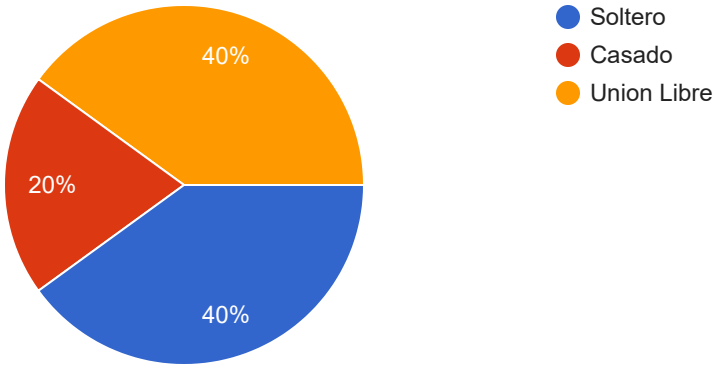
5 respuestas




## Estado Civil?

Copiar

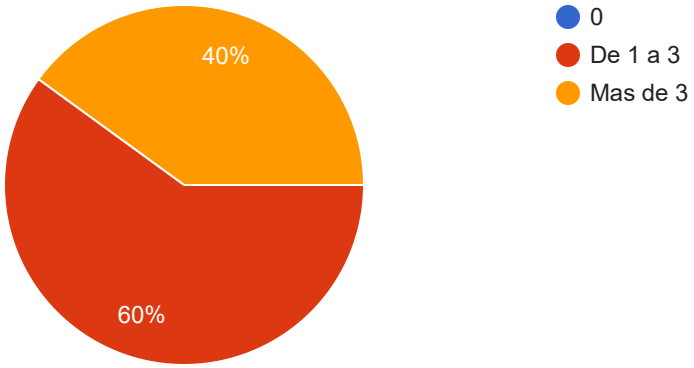
5 respuestas



Tiene personas a cargo?

Copiar

5 respuestas

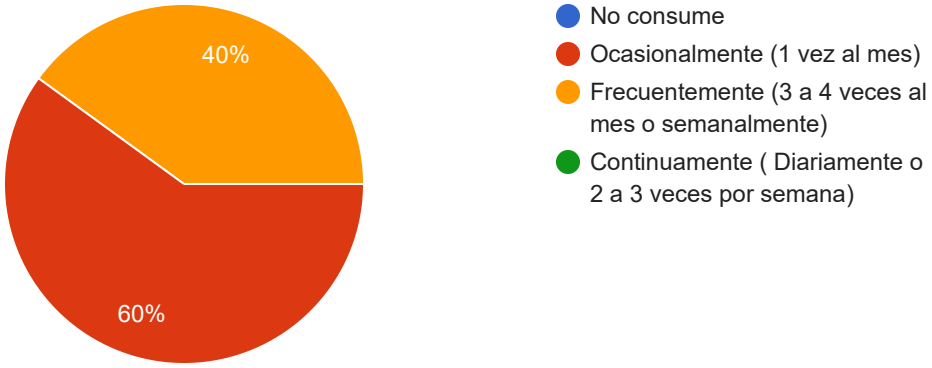



SALUD FISICA

Come usted comida rápidas?

Copiar

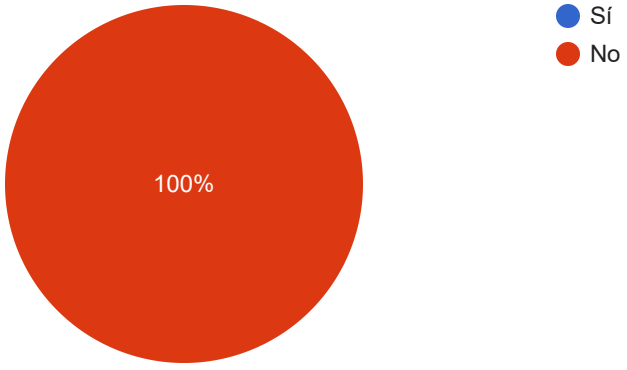
5 respuestas




Tiene el habito de fumar ?

Copiar

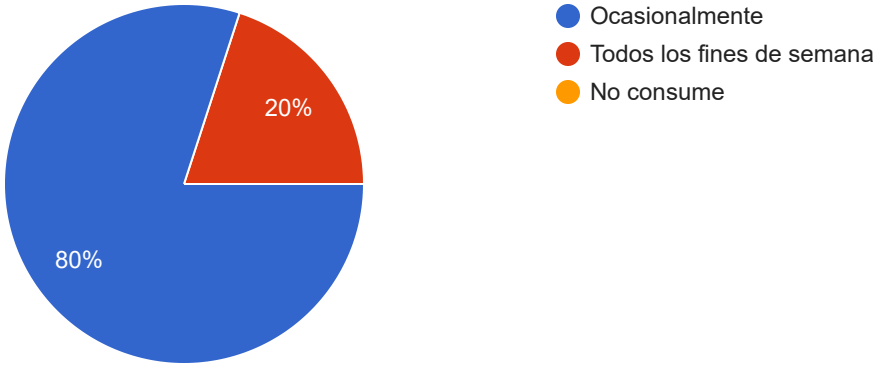
5 respuestas



Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc)

Copiar

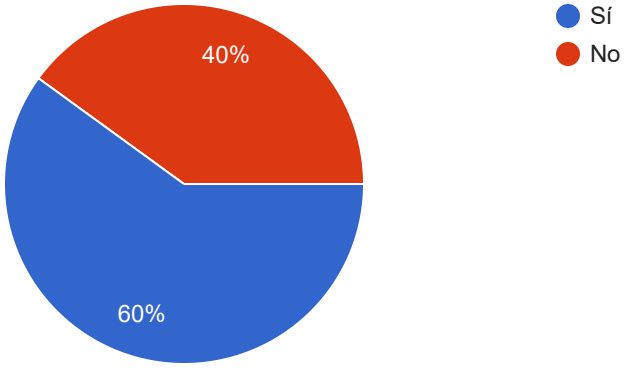
5 respuestas




Realiza usted algún deporte en especifico ?

Copiar

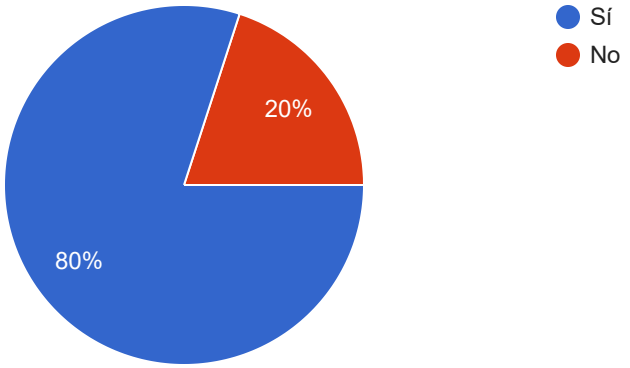
5 respuestas




Duerme usted las 8 horas correspondiente

Copiar

5 respuestas



Usa usted auriculares para escuchar musica?

Copiar

5 respuestas

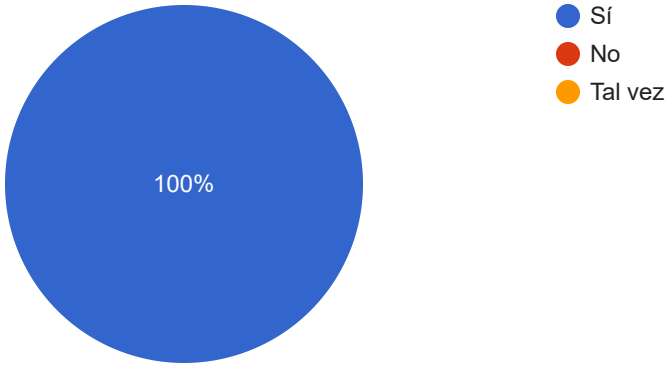



SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

Emocionalmente te encuentras bien?

Copiar

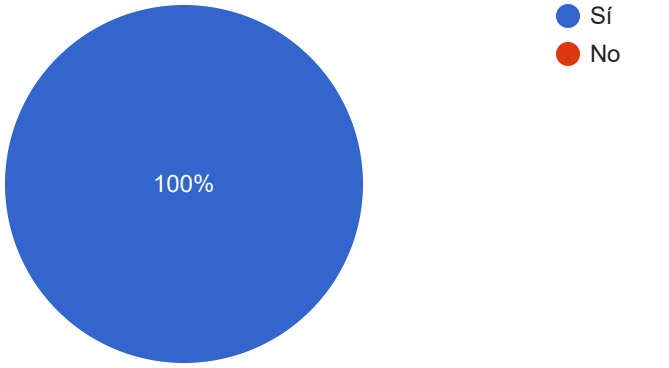
5 respuestas




Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo)

Copiar

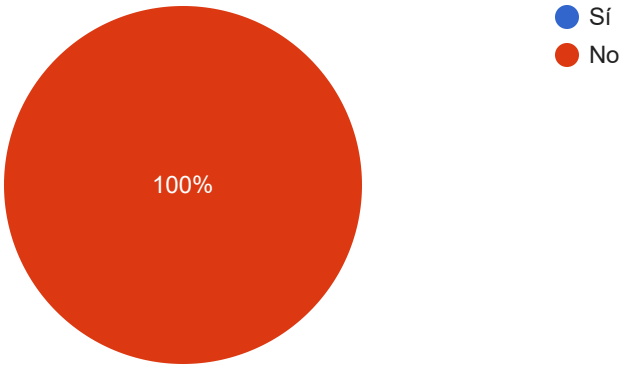
5 respuestas



Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo)

Copiar

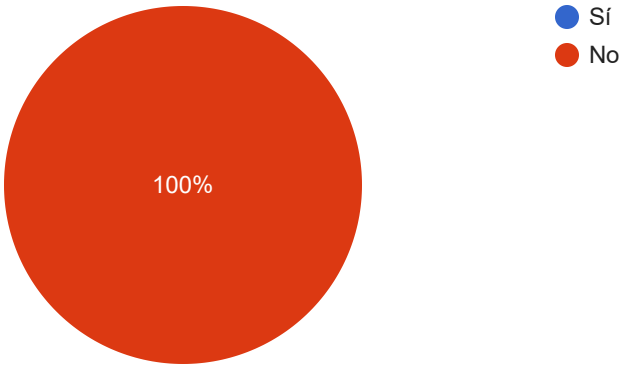
5 respuestas




Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal)

Copiar

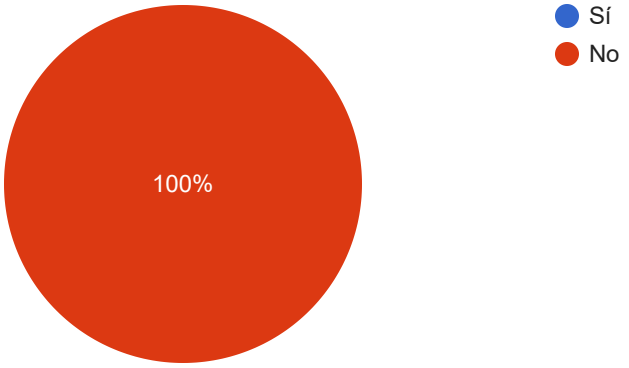
5 respuestas




Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante)

Copiar

5 respuestas

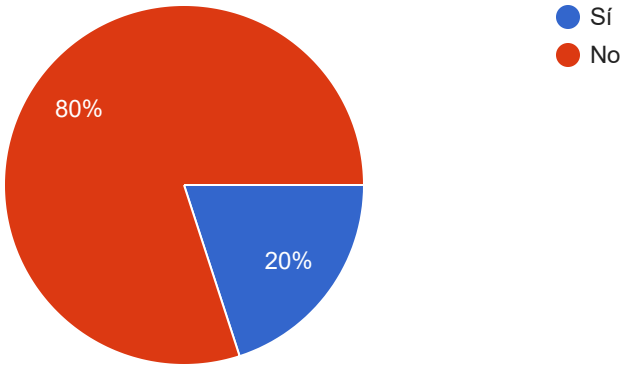



SALUD SOCIAL

## Es usted de muchos amigos?

Copiar

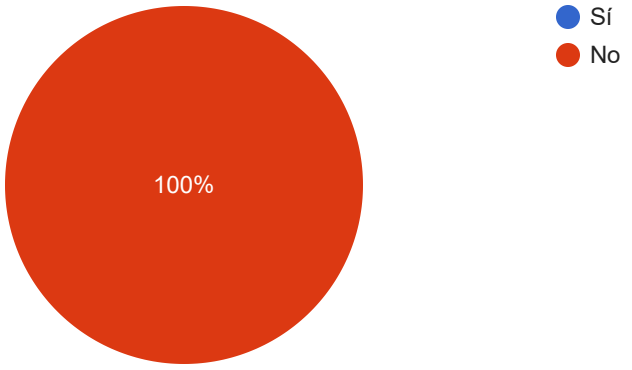
5 respuestas




## Frecuenta bares y discotecas?

Copiar

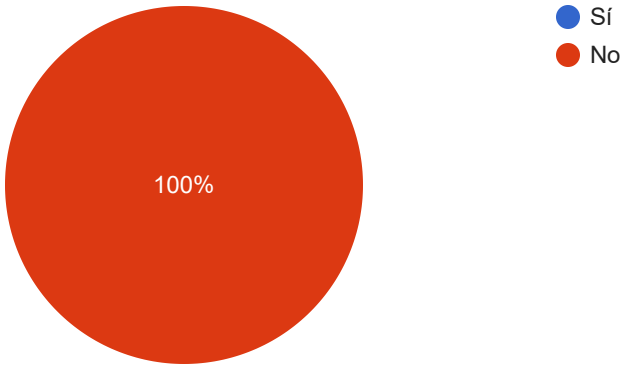
5 respuestas




## Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella?

Copiar

5 respuestas




Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

DILIGIENCIE

Nombre completo *

Katherine Milena Alvarez cera

Tipo de Identificación *

CC

Numero de ID *

1045718810

Cargo actual *

Vendedora

## ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Edad (Rango al que pertenece) *

- ○ De 18 a 28 años
- ○ De 29 a 38 años
- ◉ De 39 a 48 años
- ○ De 49 a 58 años
- ○ Mayor de 59 años

SEXO *

- ○ Masculino
- ◉ Femenino

Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual) *

- ○ Si
- ◉ No

GENERO

Diligencie

Con que genero se identifica, descríbalo por favor? *

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Dirección de vivienda o domicilio *

Soledad.

La vivienda donde vive es? *

- ( ) Propia (titulo de instrumentos publicos a su nombre)
- ( ) Familiar (Convive con padres)
- ( ) Familiar (convive con otros familiares diferentes a padres o los suegros)
- (•) Arrendado

Estado Civil? *

- (•) Soltero
- ( ) Casado
- ( ) Union Libre

Tiene personas a cargo? *

- ○ 0
- ◉ De 1 a 3
- ○ Mas de 3

SALUD FISICA

DILIGENCIE

Come usted comida rápidas? *

- ○ No consume
- ○ Ocasionalmente (1 vez al mes)
- ◉ Frecuentemente (3 a 4 veces al mes o semanalmente)
- ○ Continuamente ( Diariamente o 2 a 3 veces por semana)

Tiene el habito de fumar ? *

- ○ Sí
- ◉ No

Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc) *

- (●) Ocasionalmente
- ( ) Todos los fines de semana
- ( ) No consume

Realiza usted algún deporte en especifico ? *

- ( ) Sí
- (●) No

Duerme usted las 8 horas correspondiente

- (●) Sí
- ( ) No

Usa usted auriculares para escuchar musica? *

- (●) No uso
- ( ) Si, continuamente (todos los días, promedia de 8 horas con ellos)
- ( ) Si, solo cuando estoy descansando en el bus
- ( ) Si, solo cuando lo recuerdo

SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

DILIGENCIE

Emocionalmente te encuentras bien? *

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Tal vez

Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo) *

- (●) Sí
- ( ) No

Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo) *

- ( ) Sí
- (●) No

Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal) *

- ( ) Sí
- (●) No

Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante) *

- ○ Sí
- ◉ No

SALUD SOCIAL

DILIGENCIE

Es usted de muchos amigos? *

- ◉ Sí
- ○ No

Frecuenta bares y discotecas? *

- ○ Sí
- ◉ No

Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella? *

- ○ Sí
- ◉ No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

DILIGIENCIE

Nombre completo *

Jorge William Pardo Ceballos

Tipo de Identificación *

CC

Numero de ID *

1140872411

Cargo actual *

Vendedor

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Edad (Rango al que pertenece) *

- ○ De 18 a 28 años
- ◉ De 29 a 38 años
- ○ De 39 a 48 años
- ○ De 49 a 58 años
- ○ Mayor de 59 años

SEXO *

- ◉ Masculino
- ○ Femenino

Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual) *

- ○ Si
- ◉ No

GENERO

Diligencie

Con que genero se identifica, descríbalo por favor? *

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Dirección de vivienda o domicilio *

Calle 58 # 63 - 28

La vivienda donde vive es? *

- ( ) Propia (titulo de instrumentos publicos a su nombre)
- ( ) Familiar (Convive con padres)
- ( ) Familiar (convive con otros familiares diferentes a padres o los suegros)
- (•) Arrendado

Estado Civil? *

- (•) Soltero
- ( ) Casado
- ( ) Union Libre

Tiene personas a cargo? *

- ○ 0
- ◉ De 1 a 3
- ○ Mas de 3

SALUD FISICA

DILIGENCIE

Come usted comida rápidas? *

- ○ No consume
- ◉ Ocasionalmente (1 vez al mes)
- ○ Frecuentemente (3 a 4 veces al mes o semanalmente)
- ○ Continuamente ( Diariamente o 2 a 3 veces por semana)

Tiene el habito de fumar ? *

- ○ Sí
- ◉ No

Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc) *

- (●) Ocasionalmente
- ( ) Todos los fines de semana
- ( ) No consume

Realiza usted algún deporte en especifico ? *

- (●) Sí
- ( ) No

Duerme usted las 8 horas correspondiente

- (●) Sí
- ( ) No

Usa usted auriculares para escuchar musica? *

- ( ) No uso
- ( ) Si, continuamente (todos los días, promedia de 8 horas con ellos)
- (●) Si, solo cuando estoy descansando en el bus
- ( ) Si, solo cuando lo recuerdo

SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

DILIGENCIE

Emocionalmente te encuentras bien? *

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Tal vez

Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo) *

- (●) Sí
- ( ) No

Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo) *

- ( ) Sí
- (●) No

Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal) *

- ( ) Sí
- (●) No

Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante) *

- ○ Sí
- ◉ No

SALUD SOCIAL

DILIGENCIE

Es usted de muchos amigos? *

- ○ Sí
- ◉ No

Frecuenta bares y discotecas? *

- ○ Sí
- ◉ No

Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella? *

- ○ Sí
- ◉ No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

DILIGIENCIE

Nombre completo *

Yurani  Zenith Álvarez cera

Tipo de Identificación *

CC

Numero de ID *

1042426946

Cargo actual *

Operaria

## ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Edad (Rango al que pertenece) *

- ○ De 18 a 28 años
- ◉ De 29 a 38 años
- ○ De 39 a 48 años
- ○ De 49 a 58 años
- ○ Mayor de 59 años

SEXO *

- ○ Masculino
- ◉ Femenino

Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual) *

- ○ Si
- ◉ No

GENERO

Diligencie

Con que genero se identifica, descríbalo por favor? *

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Dirección de vivienda o domicilio *

Calle69-14-17

La vivienda donde vive es? *

- ( ) Propia (titulo de instrumentos publicos a su nombre)
- ( ) Familiar (Convive con padres)
- ( ) Familiar (convive con otros familiares diferentes a padres o los suegros)
- (•) Arrendado

Estado Civil? *

- ( ) Soltero
- ( ) Casado
- (•) Union Libre

Tiene personas a cargo? *

- ○ 0
- ○ De 1 a 3
- ◉ Mas de 3

SALUD FISICA

DILIGENCIE

Come usted comida rápidas? *

- ○ No consume
- ◉ Ocasionalmente (1 vez al mes)
- ○ Frecuentemente (3 a 4 veces al mes o semanalmente)
- ○ Continuamente ( Diariamente o 2 a 3 veces por semana)

Tiene el habito de fumar ? *

- ○ Sí
- ◉ No

Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc) *

- (●) Ocasionalmente
- ( ) Todos los fines de semana
- ( ) No consume

Realiza usted algún deporte en especifico ? *

- (●) Sí
- ( ) No

Duerme usted las 8 horas correspondiente

- (●) Sí
- ( ) No

Usa usted auriculares para escuchar musica? *

- (●) No uso
- ( ) Si, continuamente (todos los días, promedia de 8 horas con ellos)
- ( ) Si, solo cuando estoy descansando en el bus
- ( ) Si, solo cuando lo recuerdo

SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

DILIGENCIE

Emocionalmente te encuentras bien? *

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Tal vez

Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo) *

- (●) Sí
- ( ) No

Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo) *

- ( ) Sí
- (●) No

Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal) *

- ( ) Sí
- (●) No

Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante) *

- ○ Sí
- ◉ No

SALUD SOCIAL

DILIGENCIE

Es usted de muchos amigos? *

- ○ Sí
- ◉ No

Frecuenta bares y discotecas? *

- ○ Sí
- ◉ No

Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella? *

- ○ Sí
- ◉ No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

DILIGIENCIE

Nombre completo *

Ruben Darío tangarife ceballos

Tipo de Identificación *

CC

Numero de ID *

72257889

Cargo actual *

Operario

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Edad (Rango al que pertenece) *

- ○ De 18 a 28 años
- ○ De 29 a 38 años
- ◉ De 39 a 48 años
- ○ De 49 a 58 años
- ○ Mayor de 59 años

SEXO *

- ◉ Masculino
- ○ Femenino

Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual) *

- ○ Si
- ◉ No

GENERO

Diligencie

Con que genero se identifica, descríbalo por favor? *

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Dirección de vivienda o domicilio *

Calle69-14-17

La vivienda donde vive es? *

- ( ) Propia (titulo de instrumentos publicos a su nombre)
- ( ) Familiar (Convive con padres)
- ( ) Familiar (convive con otros familiares diferentes a padres o los suegros)
- (•) Arrendado

Estado Civil? *

- ( ) Soltero
- ( ) Casado
- (•) Union Libre

Tiene personas a cargo? *

- ○ 0
- ○ De 1 a 3
- ◉ Mas de 3

SALUD FISICA

DILIGENCIE

Come usted comida rápidas? *

- ○ No consume
- ◉ Ocasionalmente (1 vez al mes)
- ○ Frecuentemente (3 a 4 veces al mes o semanalmente)
- ○ Continuamente ( Diariamente o 2 a 3 veces por semana)

Tiene el habito de fumar ? *

- ○ Sí
- ◉ No

Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc) *

- (●) Ocasionalmente
- ( ) Todos los fines de semana
- ( ) No consume

Realiza usted algún deporte en especifico ? *

- ( ) Sí
- (●) No

Duerme usted las 8 horas correspondiente

- ( ) Sí
- (●) No

Usa usted auriculares para escuchar musica? *

- (●) No uso
- ( ) Si, continuamente (todos los días, promedia de 8 horas con ellos)
- ( ) Si, solo cuando estoy descansando en el bus
- ( ) Si, solo cuando lo recuerdo

SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

DILIGENCIE

Emocionalmente te encuentras bien? *

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Tal vez

Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo) *

- (●) Sí
- ( ) No

Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo) *

- ( ) Sí
- (●) No

Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal) *

- ( ) Sí
- (●) No

Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante) *

- ○ Sí
- ◉ No

SALUD SOCIAL

DILIGENCIE

Es usted de muchos amigos? *

- ○ Sí
- ◉ No

Frecuenta bares y discotecas? *

- ○ Sí
- ◉ No

Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella? *

- ○ Sí
- ◉ No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 2024

DILIGIENCIE

Nombre completo *

Juan Carlos Arias Salazar

Tipo de Identificación *

CC

Numero de ID *

10262605

Cargo actual *

Representante legal

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Edad (Rango al que pertenece) *

- ○ De 18 a 28 años
- ○ De 29 a 38 años
- ○ De 39 a 48 años
- ○ De 49 a 58 años
- ◉ Mayor de 59 años

SEXO *

- ◉ Masculino
- ○ Femenino

Genero (respetuosamente se solicita que escriba si usted pertenece a alguna comunidad o genero sexual) *

- ○ Si
- ◉ No

GENERO

Diligencie

Con que genero se identifica, descríbalo por favor? *

ENCUESTA DEMOGRAFICA

DILIGENCIE

Dirección de vivienda o domicilio *

cra 75A # 88 - 71

La vivienda donde vive es? *

- (●) Propia (titulo de instrumentos publicos a su nombre)
- ( ) Familiar (Convive con padres)
- ( ) Familiar (convive con otros familiares diferentes a padres o los suegros)
- ( ) Arrendado

Estado Civil? *

- ( ) Soltero
- (●) Casado
- ( ) Union Libre

Tiene personas a cargo? *

- ○ 0
- ◉ De 1 a 3
- ○ Mas de 3

SALUD FISICA

DILIGENCIE

Come usted comida rápidas? *

- ○ No consume
- ○ Ocasionalmente (1 vez al mes)
- ◉ Frecuentemente (3 a 4 veces al mes o semanalmente)
- ○ Continuamente ( Diariamente o 2 a 3 veces por semana)

Tiene el habito de fumar ? *

- ○ Sí
- ◉ No

Tiene el habito de consumir bebidas alcohólicas (Cervezas, ron, whisky, etc) *

- ( ) Ocasionalmente
- (•) Todos los fines de semana
- ( ) No consume

Realiza usted algún deporte en especifico ? *

- (•) Sí
- ( ) No

Duerme usted las 8 horas correspondiente

- (•) Sí
- ( ) No

Usa usted auriculares para escuchar musica? *

- ( ) No uso
- ( ) Si, continuamente (todos los días, promedia de 8 horas con ellos)
- (•) Si, solo cuando estoy descansando en el bus
- ( ) Si, solo cuando lo recuerdo

SALUD MENTAL O PSICOSOCIAL

DILIGENCIE

Emocionalmente te encuentras bien? *

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Tal vez

Te sienta bien el ambiente laboral (la relación con todos tus compañeros de trabajo) *

- (●) Sí
- ( ) No

Te sientes con mucha intensidad laboral (recarga de trabajo, horarios prolongados de trabajo) *

- ( ) Sí
- (●) No

Sientes algún acoso laboral (Maltrato físico, verbal) *

- ( ) Sí
- (●) No

Usted ha recibido algún caso de violencia familiar (maltrato de padres fisio o verbal, acceso carnal penetrante) *

- ○ Sí
- ◉ No

SALUD SOCIAL

DILIGENCIE

Es usted de muchos amigos? *

- ○ Sí
- ◉ No

Frecuenta bares y discotecas? *

- ○ Sí
- ◉ No

Cuenta con un equipo de sonido tipo pick up en su casa o cerca de ella? *

- ○ Sí
- ◉ No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios