REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :	B/quilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Lara	Martinez	carlos	7185687

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	41	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☒	Separado ☐
EPS	Sanitas	AFP	Colfondo	ARL	Sura			
Cargo		Area para la que labora						

¿Qué equipos o maquinas opera?
Taladro - Pulidora

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
No

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
No

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué? No

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐ rqué?
No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
No

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Carlos Lara	Firma Supervisor SST:
cc 7185657	cc 1118835144

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PAROUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :	Barquilla	FECHA	16	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Gomez	Pulido	Omar Rodrigo	7187312

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	34	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	Nueva Eps	AFP	Porvenir			ARL	Sura	
Cargo		Area para la que labora						

¿Qué equipos o maquinas opera?
Pulidora - taladro - Percutor

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
No

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?
No

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐rqué?
No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Rodrigo Gomez	Firma Supervisor SST:
CC 7187312	CC 1118035194

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :		FECHA	DD	MM	AA

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Escobar		Jose Alejandro	71002 64

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	42	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	Sanitas	AFP	Porvenir			ARL	Sura	
Cargo		Area para la que labora						

¿Qué equipos o maquinas opera?

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué? NO

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐ rqué? NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Jose Escobar	Firma Supervisor SST
c.c 71002 64	c.c 1118035114.

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :		FECHA	DD	MM	AA

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
moreno	Guzman	Adrian	3711826

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	21	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☒	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	Capacopi	AFP	porvenir			ARL	Sura	
Cargo	Auxiliar	Area para la que labora	obra					

¿Qué equipos o maquinas opera?

. perforadora - taladro

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

NO

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐rqué?

NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Supervisor SST:
C.C 3711826	C.C 1118835114

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD:	Bquilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
de la rosa	Hoyos	Kevin	1143437625

SEXO	F ☐ M ☐	EDAD (años)		ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	mutualser	AFP	porvenir	ARL	sura			
Cargo	Ayudante	Area para la que labora	obra					

¿Qué equipos o maquinas opera?
Pulidora - cametilla - taladro

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ No ☐ Porqué?
No

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☐ Porqué? No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
No

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Kevin	Firma Supervisor SST: DBP
cc 1143437625	cc 1118835114

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :		FECHA	DD	MM	AA

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Hernandez	Perez	Joel	1145554124

SEXO	F ☐ M ☐	EDAD (años)		ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	Salud total	AFP	porvenir			ARL	sura	
Cargo	ayudante			Area para la que labora	obra			

¿Qué equipos o maquinas opera? Pulidora

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐ rqué? NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno? NO

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Supervisor SST:
C.C 1143435414	C.C 1118835114

REDEX S.A.S ASESORÍAS Y CONSTRUCCIONES CIVILES	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024

CIUDAD :	Barranquilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Hernandez	Guzman	william	1047227748

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	38	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☒	Separado ☐
EPS	Salud total	AFP	Porvenir			ARL	Sura	
Cargo	Aux			Area para la que labora	obra			

¿Qué equipos o maquinas opera?

Pulidora - taladro

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐ rqué? No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno? NO

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador William Hernandez	Firma Supervisor SST:
c.c 1042222743	c.c 1118835114

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :		FECHA	DD	MM	AA

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Santiago	Avila	Rafael	72280715

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	45	ESTADO CIVIL	Casado ☒	Soltero ☐	U Libre ☐	Separado ☐
EPS	Nueva Eps	AFP	Porvenir			ARL	Sura	
Cargo	Ayudante			Area para la que labora	Obra			

¿Qué equipos o maquinas opera?

Ninguna

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☒ ☐ rqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Rafael Santiago	Firma Supervisor SST: DPBL
cc 72280715	cc 1118835114

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD:	Barranquilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Utria	Rodriguez	Osman	8604456

SEXO	F ☐	M ☒	EDAD (años)	43	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U. Libre ☒	Separado ☐

EPS	Famisanar	AFP	Proyenir	ARL	Sura

Cargo	Aux.	Area para la que labora	Obra

¿Qué equipos o maquinas opera?
Taladro Pulidora

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ qué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ N ☐ qué?
NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?
NO

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador: Osman Utria	Firma Supervisor SST:
CC 8604456	CC 1118833144

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD :	Barrilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
Utria	Rodriguez	Osman	8604456

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	43	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☐	U Libre ☒	Separado ☐
EPS	Famisanar	AFP	Provenír			ARL	Sura	
Cargo	Aux.	Area para la que labora	Obra					

¿Qué equipos o maquinas opera?

Taladro Pulidora

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐ rqué? NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?

NO

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Osman Utria R	Firma Supervisor SST.
cc 8604456	cc 1118833144

Powered by CamScanner

REDEX S.A.S	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	UT PARQUES REDEXCO 24	SG-SST Versión 01 Marzo 2024
	UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24		

CIUDAD:	Barranquilla	FECHA	14	08	24

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	# IDENTIFICACIÓN
CABRERA	Livingston	Kaleth	1007960164

SEXO	F ☐ M ☒	EDAD (años)	23	ESTADO CIVIL	Casado ☐	Soltero ☒	U. Libre ☐	Separado ☐
EPS	Mutualser	AFP	Porvenir		ARL	Sura		
Cargo	Auxiliar	Area para la que labora						

¿Qué equipos o maquinas opera?
Herramientas Menores

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
NO

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? Si ☐ ☐ orqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si N☐ ☐rqué? NO

¿Cuantos días de incapacidad médica?
NO

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Kaleth Cabrera	Firma Supervisor SST	
cc	1007960164	cc	1110935114

Powered by CamScanner