INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Oliver Rodriguez Bueno

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 19- Mayo - 2024

Edad: 28 años EPS: Emsanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Albañileria Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N / A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 6 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: Ayudante

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	NO
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

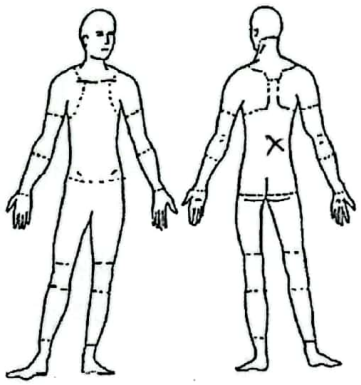
	SI	NO
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura					X					
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Oliver Rodriguez

Firma del Trabajador CC. 1.134.531.066

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN – BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Jailin Arcmiegos Cortes

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 19 - Marzo - 2024

Edad: 24 años EPS: Emssanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Construcción Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N / A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 3 años

Mano dominante: Derecha___ Izquierda X Su tarea actual: Ayudante

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	*NO*
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

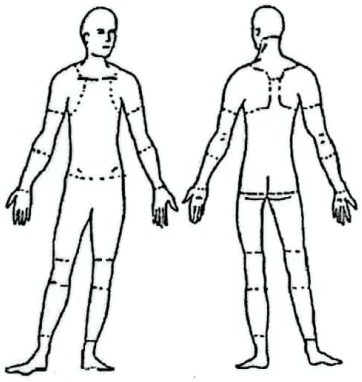
	SI	*NO*
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Julian Cortés

Firma del Trabajador CC. 1.193.357.020

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Carlin Rodriguez

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 21 - Marzo - 2024

Edad: 27 años EPS: Emssanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Construcción Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N/A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 6 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: _____

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	*NO*
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

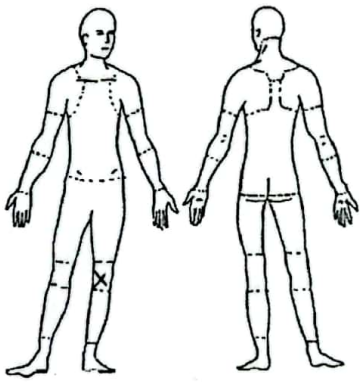
	SI	*NO*
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN – BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla								X		
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Firma del Trabajador CC. 1.148.442.865

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: José Alfredo Nastacuas Arias

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 22 - Mayo - 2024

Edad: 37 años EPS: Emssanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Construcción Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N/A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 10 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: _____

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	*NO*
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

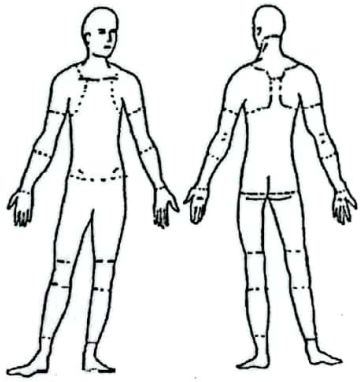
	SI	*NO*
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Alfredo Nastacuas

Firma del Trabajador CC. 1.085.894.811

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Segundo Estiven Castro Rodriguez

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 2 Abril - 2024

Edad: 21 años EPS: Emssanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Construcción Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N/A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 2 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: _____

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	*NO*
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

*OTROS*_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

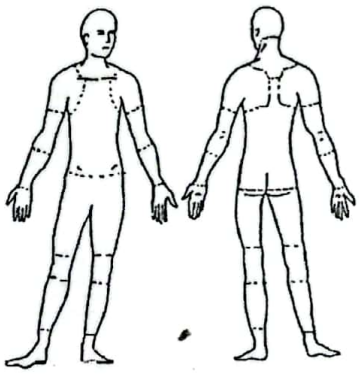
	SI	*NO*
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Estiven Castro

Firma del Trabajador CC. 1082.686.054

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Segundo Fabio Castro Rodriguez

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 2 - Abril - 2024

Edad: 31 años EPS: Emssanar ARL: _____

Cargo: Ayudante Construccion Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N/A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 6 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: _____

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	*NO*
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percibir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS_____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

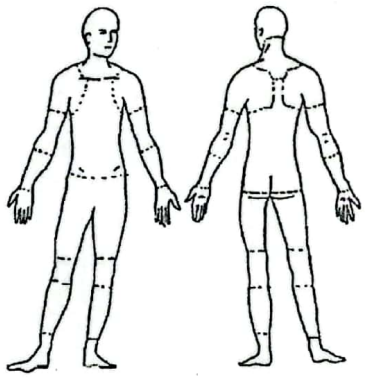
	SI	*NO*
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

FAUSTO CASTRO

Firma del Trabajador CC. 1004.200.532

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner

INGECONAR	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Manuel Medina Sanchez

Empresa: INGECONAR Fecha y Hora: 18 - Marzo - 2024

Edad: 65 años EPS: _____ ARL: _____

Cargo: Ayudante Construcción Sexo: Hombre X Mujer _____

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: N/A

Tiempo que lleva trabajando en el sector: 20 años

Mano dominante: Derecha X Izquierda ___ Su tarea actual: _____

¿Rota por otras tareas? Sí ___ NO X

Diga cuáles: _____

ANTECEDENTES

	SI	NO
Hipertensión Arterial	___	X
Enfermedad respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema):	___	X
Daltonismo (inadecuada percepción de colores):	___	X
Trastornos Psiquiátricos:	___	X
Diabetes o Hipoglucemia NO Controladas:	___	X
Anemia:	___	X
Fobia a las alturas:	___	X
Anosmia (Incapacidad para percíbir olores):	___	X
Enfermedad Neurológica: (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV):	___	X
Trastorno crónico de la piel:	___	X
Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, síncope, calambres):	___	X
Asma o problema Respiratorio	___	X
Problemas Cardiovasculares (Problemas Corazón vasos sanguíneos)	___	X

OTROS _____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

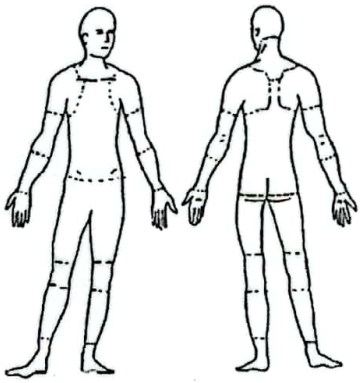
	SI	NO
Sistema Osteomuscular normal sin molestias:	___	X
Trastornos del equilibrio, Mareo, vértigo:	___	X
Trastorno del sueño:	___	X
Trastorno auditivo:	___	X
Enfermedad Digestivas:	___	X
Trastorno visual:	___	X
Trastorno respiratorio:	___	X
Consumo de medicamentos que afectan Órganos de los sentidos, capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular:	___	X
Consumo de alcohol y/o cigarrillo:	___	X

Powered by CamScanner

INGECONAR INGENIEROS CONSTRUCTORES Y CONSULTORES DE NARIÑO	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ATENCION A LA URGENCIA MANIFIESTA POR LA EMERGENCIA EN EL SECTOR COLUMPIA VIA DEPARTAMENTAO JUNIN - BARBACOAS PR25+110 EN EL MUNICIPIO DE BARBACOAS DEPARTAMENTO DE NARIÑO	
	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Versión: 01 Páginas: 1 de 2
Aprobó: Cristhyam Maya	Fecha de modificación: Enero 2024	Elaboro: Juliana Rodríguez

Si siente dolor, molestia o lesión en alguna parte del cuerpo por favor señale con una X

AREA DEL CUERPO	Dolor	Sensación de quemadura	Calambres	Pérdida de color	Entumecimiento	Hinchazón	Agarrotamiento	Hormigueo	Debilidad	Otro*
Cuello										
Hombro										
Codo/ antebrazo										
Mano/ muñeca										
Dedos										
Parte superior de la espalda										
Parte inferior de la espalda/ Cintura										
Muslo/rodilla										
Pierna										
Tobillo/pie										



Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en mi actividad laboral en la cual estaré involucrado dentro del proyecto para el cual fui contratado, así como también me comprometo a realizar el reporte en caso de sentir algún tipo de dolencia o malestar.

Arnoldo Jesus Medina

Firma del Trabajador CC. 12.967.986

NOTA: Cualquier condición marcada como ***SI*** requiere Vo.Bo. del médico de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner