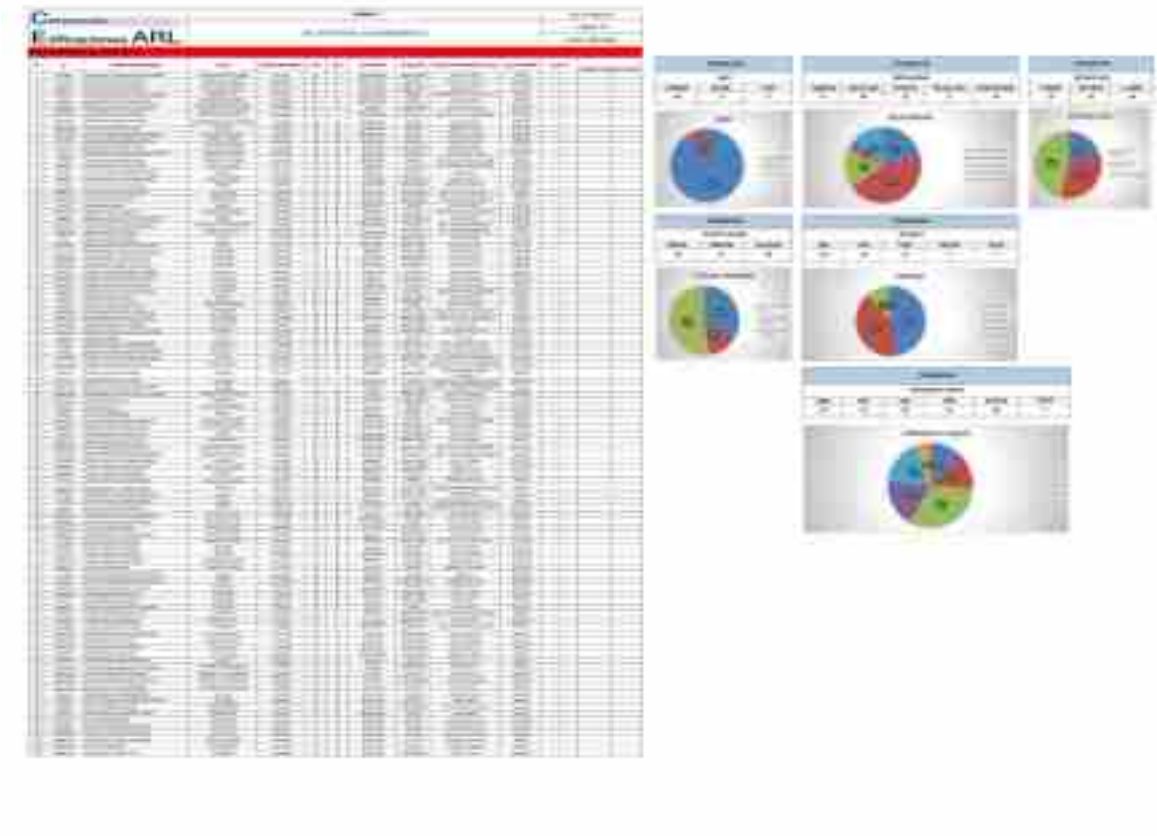


ANEXO 14 CUESTIONARIO DE MORBILIDAD

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cuidado como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador: Luis Ojeda
C.C 1003 320 613

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 24 06 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Luis Ofelio Cardenas GÉNERO F ☐ M ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005 [illegible] EDAD 22 PESO 55 TALLA 1.70

ÁREA: Obras CARGO: Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Dislgamos	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-HSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	X	Hernia discal	SI		NO	X

d) Enfermedades del aparato como:

Dorsalgia	SI		NO	X
Lumbalgia	SI		NO	X
Tendinitis	SI		NO	X

4. He sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	X	Antebrazo	SI		NO	X
Manos	SI		NO	X	Columna	SI		NO	X
Piernas	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

Enfermedades del corazón	SI		NO	X	Diabetes	SI		NO	X
Hipertensión arterial	SI		NO	X	Colesterol alto	SI		NO	X

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO X

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO X

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	X
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	X
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVALIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C 1065600613

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 24 | 06 | 2024 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Gustavo Herrera **GÉNERO F** [ ] **M** [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065 600 613 **EDAD** 36 **PESO** 84 **TALLA** 1.67

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	x	Hombros	SI		NO	x
Codos	SI		NO	x	Espalda baja	SI		NO	x
Espalda alta	SI		NO	x	Muñecas	SI		NO	x
Dedos	SI		NO	x	Rodillas	SI		NO	x
Tobillos	SI		NO	x	Pies	SI		NO	x

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	x
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	x

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	x
Reumatismo	SI		NO	x
Osteoporosis	SI		NO	x
Osteoartritis	SI		NO	x

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	x	Tendinitis	SI		NO	x
Bursitis	SI		NO	x	Esguinces	SI		NO	x

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Demencia	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Tromboses	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazon	SI		NO		Diabetes	SI		NO	✓
Hipertension arterial	SI		NO		Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Habitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcoholicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C [illegible]

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSI(Q-074 Version: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 20 04 24 Encuesta N° [ ]

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Heiber Calleros Coronel GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1045076200 EDAD 31 PESO 63 TALLA 1.70

ÁREA: Operativa CARGO: Operario Perforista

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Demencia	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Tumores	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI____ NO__/__

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI____ NO _/__

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Carlos Alfonso Parra

Firma del trabajador

CC 91 284 309

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 30 | 08 | 25 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Carlos Mauricio Blanco **GÉNERO F** ☐ **M** ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91284 337 **EDAD** 52 **PESO** 85 **TALLA** 169

ÁREA: Planta **CARGO:** INSTRUMENTADOR

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO ✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO ✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteomielitis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-HSEQ-014 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral (dolor):

Escoliosis	SI		NO	X	Hernia discal	SI		NO	X

d) Enfermedades del sistema nervioso:

Epilepsia	SI		NO	X
Convulsiones	SI		NO	X
Desmayos	SI		NO	X

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	X	Antebrazo	SI		NO	X
Manos	SI		NO	X	Columna	SI		NO	X
Piernas	SI		NO	X	Pies	SI		NO	

Enfermedades del corazón	SI		NO	X	Diabetes	SI		NO	X
Hipertensión arterial	SI		NO	X	Colesterol alto	SI		NO	X

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI_____ NO X

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI_____ NO X

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	X
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	X
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador [illegible]
C.C. 1.083933982 4

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Version: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 10 | 06 | 25 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Cristian Perez Ruiz **GÉNERO F** ☐ **M** ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.003.370.923 **EDAD** 32 **PESO** 80 **TALLA** 1.77

ÁREA: Operativo **CARGO:** Instalador

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo:

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del sistema como:

Dermatitis	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza algunas actividades físicas	SI	✓	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C. 91530565.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 20 06 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Luis Alberto Villamizar GÉNERO F [ ] M [x]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91 520 565 EDAD 41 PESO 84 TALLA 180

ÁREA: Operativa CARGO: Sup. de Obra

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculos, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	X	Hernia discal	SI		NO	X

d) Enfermedades del cuerpo como:

Dermitis	SI		NO	X
Epilepsia	SI		NO	X
Tendinitis	SI		NO	X

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	X	Antebrazo	SI		NO	X
Manos	SI		NO	X	Columna	SI		NO	X
Piernas	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

Enfermedades del corazón	SI		NO	X	Diabetes	SI		NO	X
Hipertensión arterial	SI	X	NO		Colesterol alto	SI		NO	X

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO X

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO X

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	X
Realizar algunas actividades físicas	SI	X	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C
Gustavo M
77034823

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2021

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 12 06 25 Encuesta N° [ ]

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Gustavo Hernandez GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77 034 823 EDAD 54 PESO 87 TALLA 1.74

ÁREA: operativa CARGO: OT

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Insomnios	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI	✓	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI	✓	NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C 1124065851C

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 11 | 06 | 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Manuel Sierra GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1129068856 EDAD 24 PESO 54 TALLA 23

ÁREA: Operativo CARGO: Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO		Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod. FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del sistema como:

Diabetes	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad autoinmunidad? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza algunas actividades físicas	SI	✓	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C 1077164492

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 03 06 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Ramiro Pozo GÉNERO F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7764498 EDAD 53 PESO 74 TALLA 170

ÁREA: O PINTADO CARGO: AYUDANTE

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo:

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cambio como:

Diabetes	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Esmbolias	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI____ NO__/_

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI____ NO_/_

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	/
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C. 1085644659

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 03 06 24 Encuesta N° [ ]

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Alberto Quintero Quintero GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065644459 EDAD 26 PESO 48 TALLA 165

ÁREA: Operativa CARGO: Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	X	Hernia discal	SI		NO	X

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI	X	NO	X
Epilepsia	SI	X	NO	X
Trombosis	SI	X	NO	X

4. He sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	X	Antebrazo	SI		NO	X
Manos	SI		NO	X	Columna	SI		NO	X
Piernas	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

Enfermedades del corazón	SI		NO		Diabetes	SI		NO	X
Hipertensión arterial	SI		NO		Colesterol alto	SI		NO	X

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO X

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO X

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	X
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	X
Otro ¿Cuál?	SI		NO	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador Brayde Contreras
C.C 1003074044

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 05 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Brayan Quintero **GÉNERO F** ☐ **M** ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.003.870.444 **EDAD** 26 **PESO** 78 **TALLA** 1.65

ÁREA: operativa **CARGO:** oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo:

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod. FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionado, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador - JHON RODRIGUEZ
C.C. 1128104189

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 05 24 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Zaira Martinez GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1129104148 EDAD 42 PESO 53 TALLA 1.69

ÁREA: Operativa CARGO: AUX

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminucion de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarro	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Tromboses	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador José Vasquez
CC 1065-658-899

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 | 05 | 24 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: José Vasquez GÉNERO F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.065.638.989 EDAD 31 PESO 71 TALLA 1.70

ÁREA: Operativa CARGO: Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Tembloreis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO ✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO ✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO ✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO ✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO ✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Habitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI	✓	NO	✓
Otro ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador

CC 66972336

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 29 | 05 | 25 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Henry Bohorquez **GÉNERO F** ☐ **M** ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6692336 **EDAD** 41 **PESO** 79 **TALLA** 179

ÁREA: operativo **CARGO:** soldador

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO ✓
Epilepsia	SI		NO ✓
Trombosis	SI		NO ✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO ✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO ✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO ✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO ✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol Alto	SI		NO ✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓____

¿Cual? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓____

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C 1005665766

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 29 | 07 | 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: John Zabala GÉNERO F ☐ M ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006665465 EDAD ___ PESO ___ TALLA 1.69

ÁREA: Logística CARGO: Soldador

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cuadro como:

Osteoma	SI		NO	✓
Epicondilitis	SI		NO	✓
Tendinosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador MIGUEL ANGEL
CC 1065859674

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 29 05 24 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: [illegible] GÉNERO F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065859699 EDAD 42 PESO 83 TALLA 1.78

ÁREA: Operativo CARGO: [illegible]

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculos, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:19/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Tendinitis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro ¿Cuál?	SI		NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador Yuma cruz MEJIA

C.C 77194391

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 20 | 05 | 23 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Yeiri Cossio Mojica GÉNERO F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77194321 EDAD __ PESO __ TALLA 1.79

ÁREA: Operativo CARGO: Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL | FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA | Cod: FT-HSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cuerpo como:

Dermatitis	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Tuberculosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ____/

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ____/

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realizar algunas actividades físicas	SI	/	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador Culler Castro
C.C. 1065633194

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 05 | 23 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Willo Ourbe Ouete GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065 622194 EDAD 32 PESO 79 TALLA 1.75

ÁREA: Operativa CARGO: Titulador

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Donde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:16/07/2024

c) Enfermedades en la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Demencia	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI	✓	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI	✓	NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo en condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C 1095607314

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha:18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 29 | 05 | 2025 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jhon C Tejada L GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065607518 EDAD 35 PESO 85 TALLA 1.73

ÁREA: OPERATIVA CARGO: INSTALADOR

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador José Luis Acosta

CC 72 229.055.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 05 | 25 Encuesta N° [ ]

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jhoe Luis Acosta GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72229055 EDAD 47 PESO 75 TALLA 170

ÁREA: Operativa CARGO: Pintor

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codo	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Cómo?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod. FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓ Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cual? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cual? _____

7. Habitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar algunas actividades físicas	SI	✓	NO	
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador
C.C
1005808 Jeudi Perez

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-OSEQ-074 Version: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 05 | 25 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Saulo vasquez **GÉNERO F** ☐ **M** ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1098618018 **EDAD** 42 **PESO** 85 **TALLA** 1.80

ÁREA: Operativa **CARGO:** oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Temblores	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Obs. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador Gustavo Barrera
C.C 7617995

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración

FECHA 23 05 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Gustavo Bueno GÉNERO F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7617995 EDAD 59 PESO 75 TALLA 1.65

ÁREA: operativa CARGO: pintor

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Donde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ___/___

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ___/___

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	/
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C
5497324

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEG-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 08 | 25 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: JOVANY LEZAMA **GÉNERO F** [ ] **M** [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 54973241 **EDAD** 53 **PESO** 83 **STALLA** 1.70

ÁREA: OPERATIVA **CARGO:** AYUDANTE

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Dengarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod. FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI _____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI		NO	✓
Otro ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C 1143873

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 03 | 25 Encuesta N°

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Freddy Maestre GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77 182 230 EDAD 49 PESO 56 TALLA 1.67

ÁREA: Operativa CARGO: Of.

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo:

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Version: 00 Fecha: 16/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	X	NO	
Realizar algunas actividades físicas	SI	X	NO	
Otro. ¿Cuál? Futbol	SI	✓	NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador Julio Fernandez Chaves
CC 85.164.954

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha: 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veráz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | Mayo | 2025 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Julio Samudio Chávez **GÉNERO F** [ ] **M** [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 85164954 **EDAD** 50 **PESO** 73 **TALLA** 1.70

ÁREA: Deportiva **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO		Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Version: 00 Fecha 19/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrame	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realizar alguna actividades físicas	SI		NO	✓
Otro. ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador
C.C 77 010613

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod: FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 19/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de los trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 05 25 Encuesta N° ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Alfredo Maestre GÉNERO F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77010613 EDAD 65 PESO 56 TALLA 1.73

ÁREA: Operativa CARGO: OF

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombro	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO		Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO ✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI ____ NO ✓

¿Cuál? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	X
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	X	NO	
Realiza algunas actividades físicas	SI	X	NO	
Otro ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORVILIDAD SENTIDA

Firma del trabajador: Nelson Bolaño

CC: 1132056114

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Cod. FT-GSEQ-074 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más veraz posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 05 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Wilson Evany Bocanegra M **GÉNERO F** [ ] **M** [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1124025114 **EDAD** 34 **PESO** 72 **TALLA** 1.73

ÁREA: Operativo **CARGO:** Auxiliar

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo.

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguno de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde?

Powered by CamScanner

ANEXO 15 ATS- PERMISOS

VERIFICACIÓN DIARIA

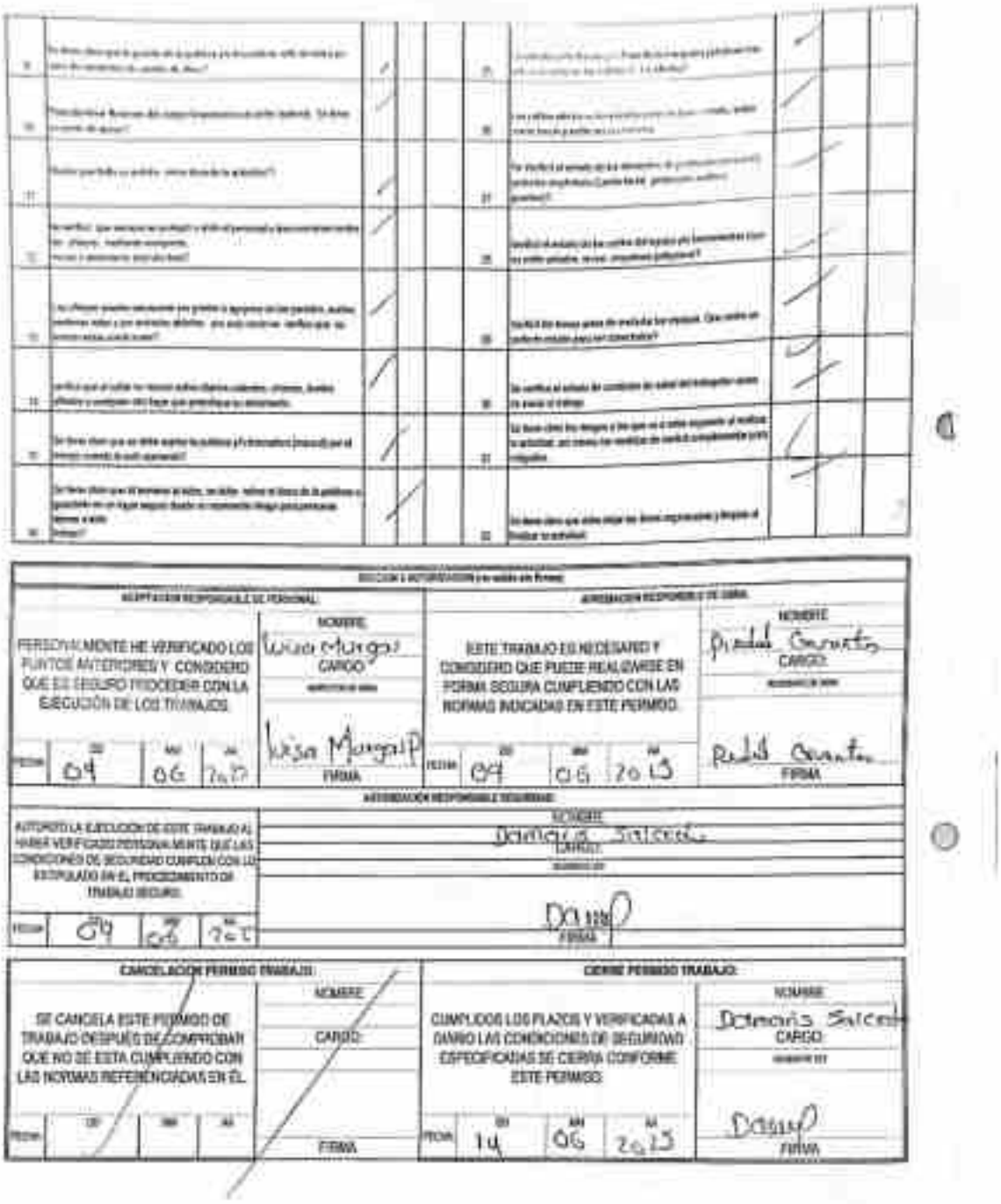
NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso

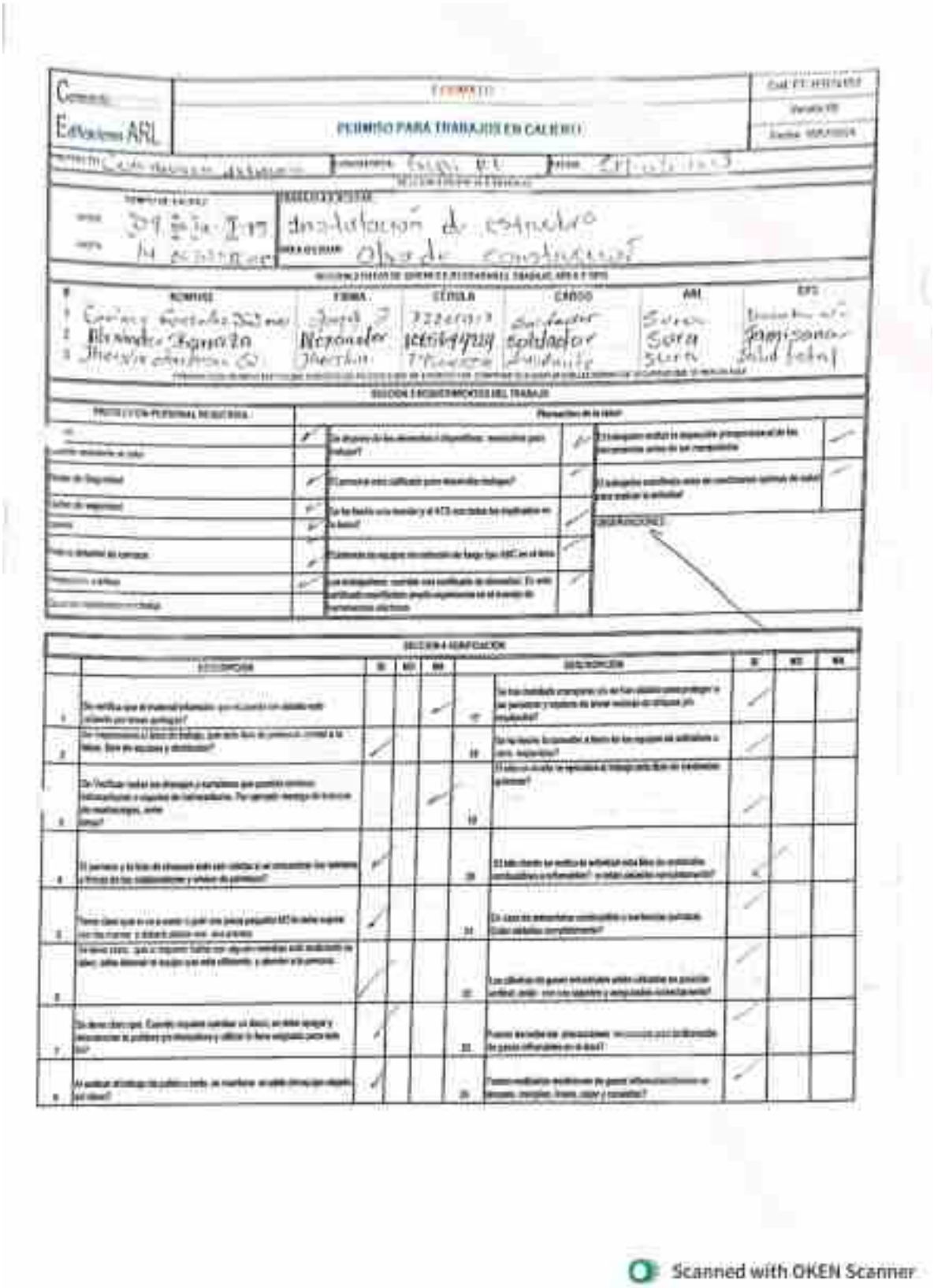
NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

OBSERVACIONES: se da cumplimiento a los ítem establecidos en el control del permiso de trabajo en caliente

Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner

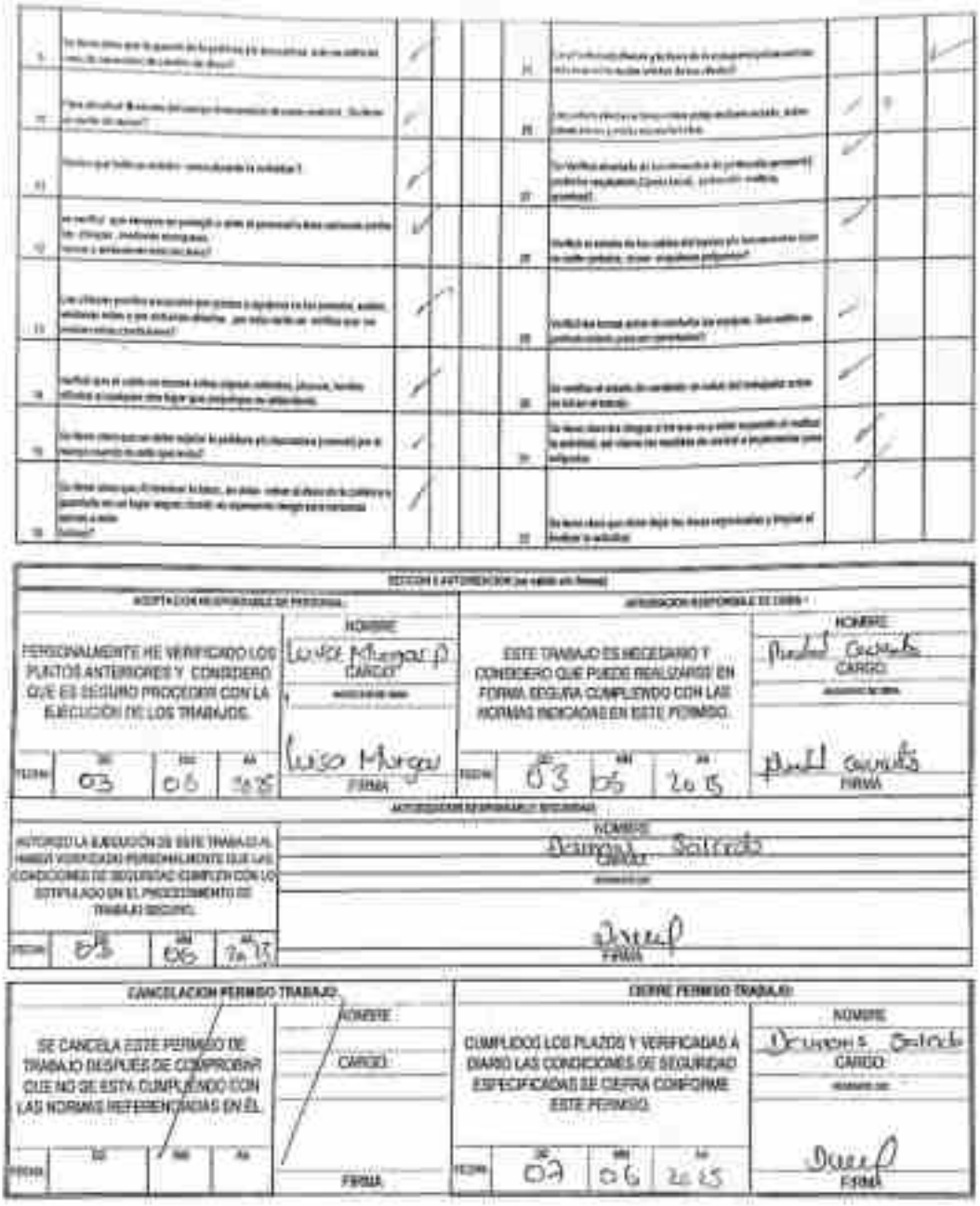
VERIFICACIÓN DIARIA

NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			D	D	D	D	D	D
NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			JBO	JBO	JBO	JBO	JBO	JBO

OBSERVACIONES: se da cumplimiento a los ítem establecidos en el control del permiso de trabajo en caliente

Scanned with CamScanner



9		✓			25				✓
10		✓			26			✓	
11		✓			27			✓	
12		✓			28			✓	
13		✓			29			✓	
14		✓			30			✓	
15		✓			31			✓	
16		✓			32			✓	

SECCION 5 AUTORIZACION (se anexa un formato)

ACEPTACION RESPONSABLE DE PERSONAL

PERSONALMENTE HE VERIFICADO LOS PUNTOS ANTERIORES Y CONSIDERO QUE ES SEGURO PROCEDER CON LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS.

NOMBRE: Luis Felipe Murcia P.
CARGO:
FIRMA: Luis Murcia
FECHA: DD 03 MM 06 AA 2015

AUTORIZACION RESPONSABLE DE OBRA

ESTE TRABAJO ES NECESARIO Y CONSIDERO QUE PUEDE REALIZARSE EN FORMA SEGURA CUMPLIENDO CON LAS NORMAS INDICADAS EN ESTE PERMISO.

NOMBRE: Pedro Camacho
CARGO:
FIRMA:
FECHA: DD 03 MM 06 AA 2015

AUTORIZACION RESPONSABLE SST/SGSST

AUTORIZO LA EJECUCION DE ESTE TRABAJO AL HABER VERIFICADO PERSONALMENTE QUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD CUMPLEN CON LO ESTIPULADO EN EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO.

NOMBRE: Deivis Salcedo
CARGO:
FIRMA:
FECHA: DD 03 MM 06 AA 2015

CANCELACION PERMISO TRABAJO

SE CANCELA ESTE PERMISO DE TRABAJO DESPUÉS DE COMPROBAR QUE NO SE ESTA CUMPLIENDO CON LAS NORMAS REFERENCIADAS EN EL

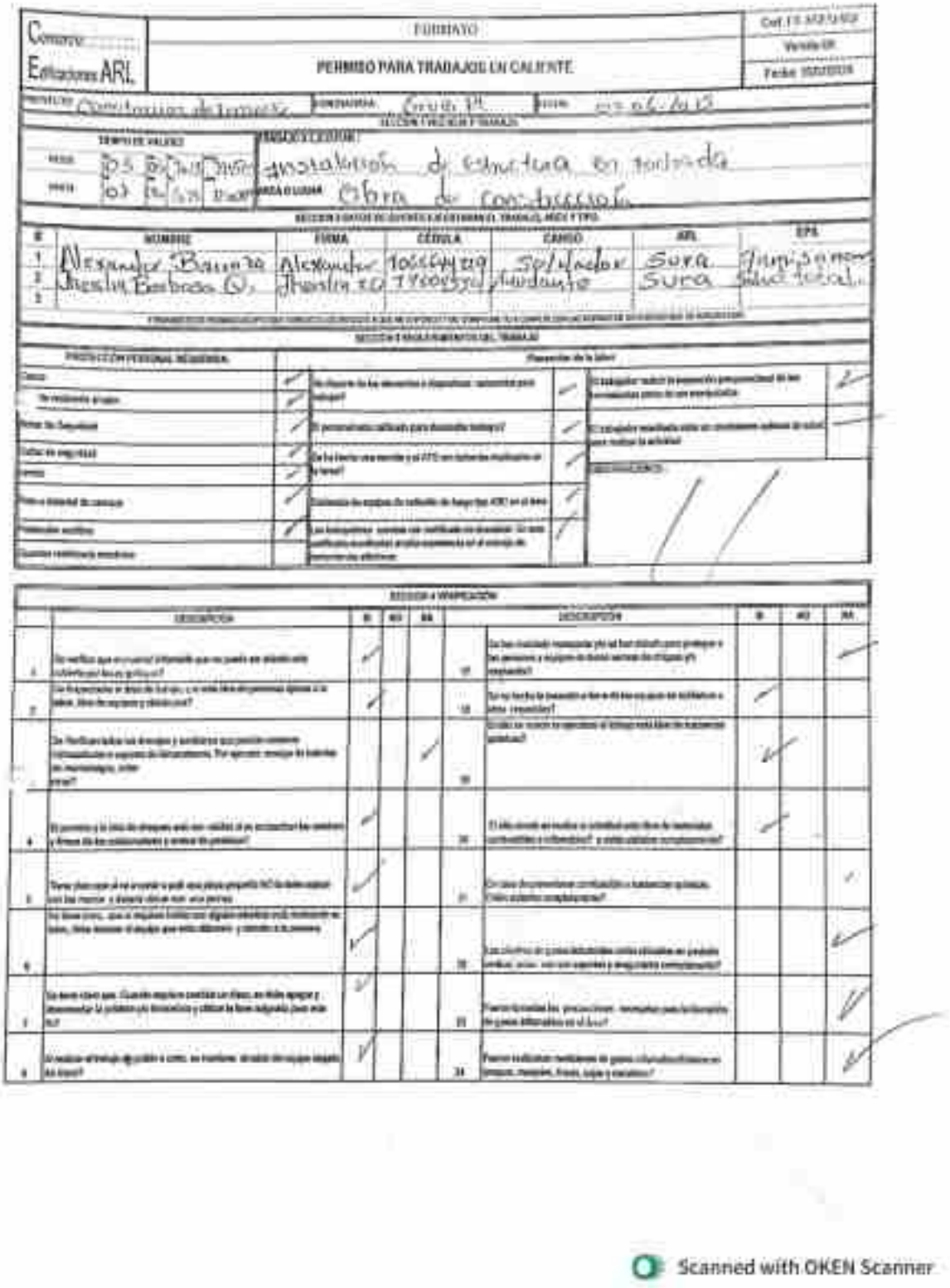
NOMBRE:
CARGO:
FIRMA:
FECHA: DD MM AA

CIERRE PERMISO TRABAJO

CUMPLIDOS LOS PLAZOS Y VERIFICADAS A DIARIO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESPECIFICADAS SE CIERRA CONFORME ESTE PERMISO.

NOMBRE: Deivis Salcedo
CARGO:
FIRMA:
FECHA: DD 03 MM 06 AA 2015

Scanned with OKEN Scanner



PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

Scanned with OKEN Scanner

VERIFICACIÓN DIARIA

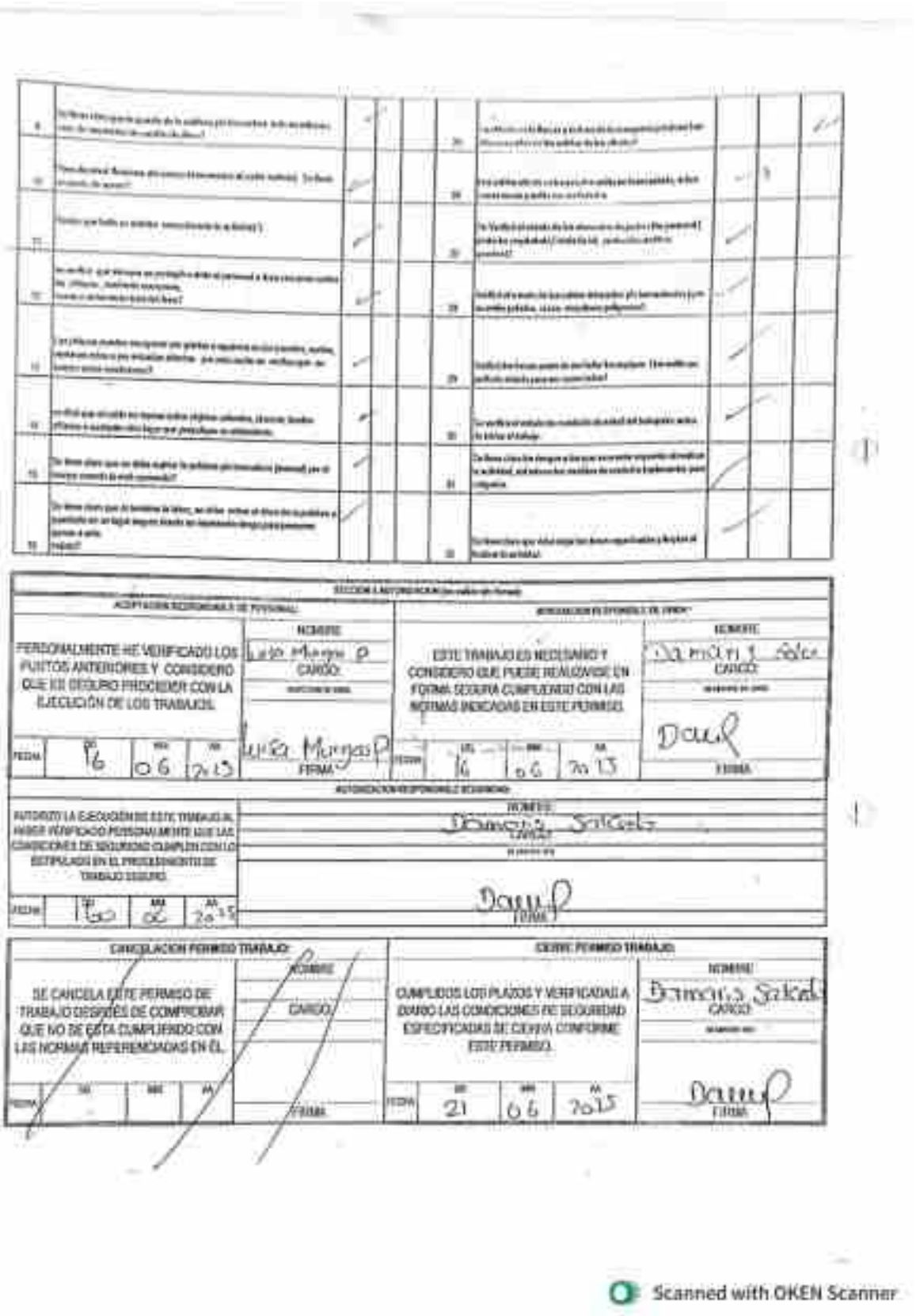
NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Alexander Barrera	1000XXX519	soldador	Alexander	Alexander	Alexander	Alexander	Alexander	
Yeraldin Barbosa G.	79[illegible]1	Ayudante	Yeraldin	Yeraldin	Yeraldin	Yeraldin	Yeraldin	Yeraldin
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Firma 7	Firma 7	Firma 7	Firma 7	Firma 7	Firma 7
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Ayudante		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Daniel	Daniel	Daniel	Daniel	Daniel	

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

OBSERVACIONES: se da cumplimiento a los ítem establecidos en el control del permiso de trabajo en caliente

Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner



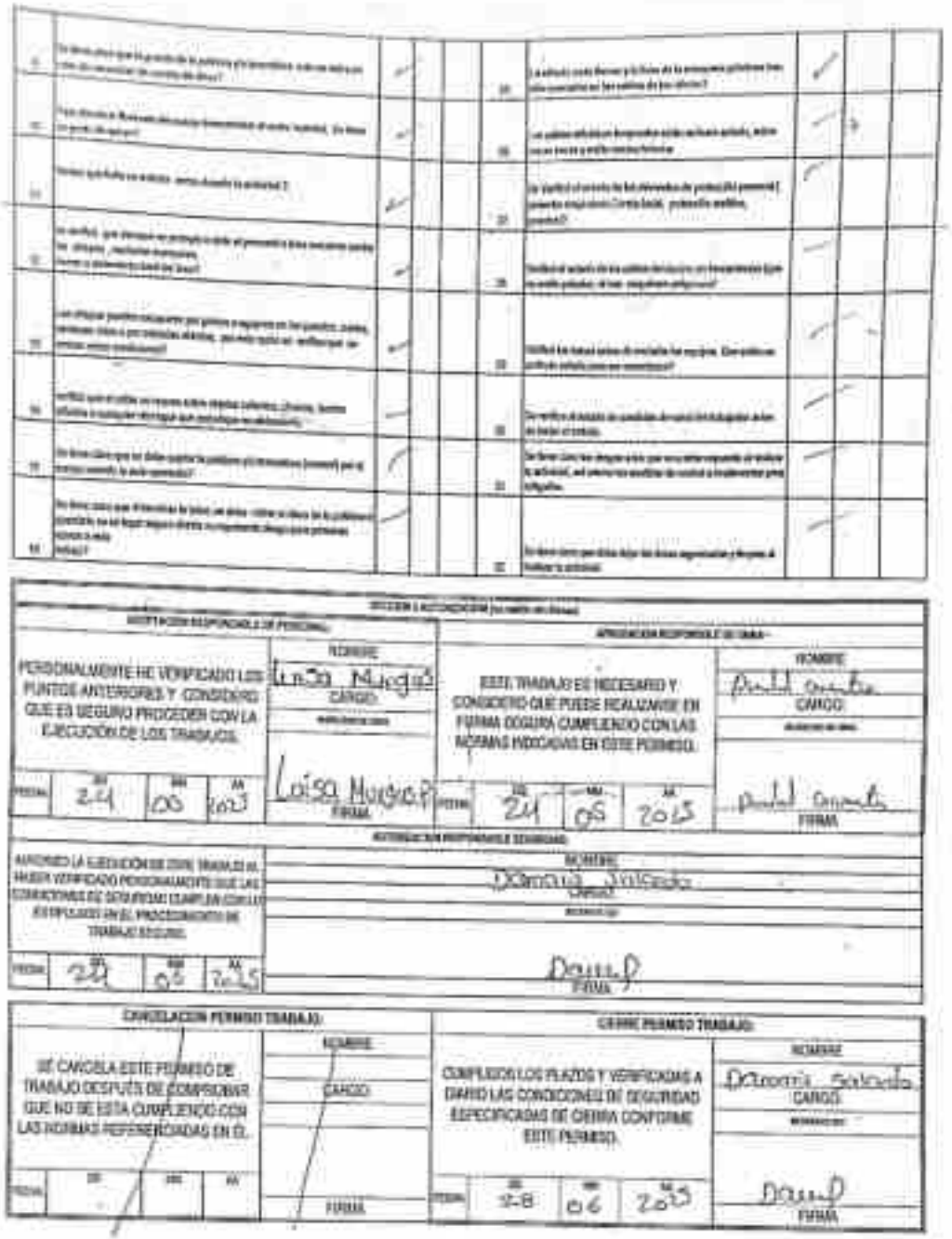
Scanned with OKEN Scanner

VERIFICACIÓN DIARIA

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

OBSERVACIONES: se da cumplimiento a los ítem establecidos en el costo del permiso de trabajo en caliente

Scanned with OKEN Scanner



PERSONALMENTE HE VERIFICADO LOS PUNTOS ANTERIORES Y CONSIDERO QUE ES SEGURO PROCEDER CON LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS.

NOMBRE: Luisa Murgas
CARGO:
FECHA: 24 / 05 / 2023
FIRMA: Luisa Murgas

ESTE TRABAJO ES NECESARIO Y CONSIDERO QUE PUEDE REALIZARSE EN FORMA SEGURA CUMPLIENDO CON LAS NORMAS INDICADAS EN ESTE PERMISO.

NOMBRE: Daniel Ovalle
CARGO:
FECHA: 24 / 05 / 2023
FIRMA: Daniel Ovalle

AUTORIZO LA EJECUCIÓN DE ESTE TRABAJO HABER VERIFICADO PERSONALMENTE QUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD CUMPLEN CON LO ESTIPULADO EN EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO.

NOMBRE: Daniela Salcedo
CARGO:
FECHA: 29 / 05 / 2023
FIRMA: David

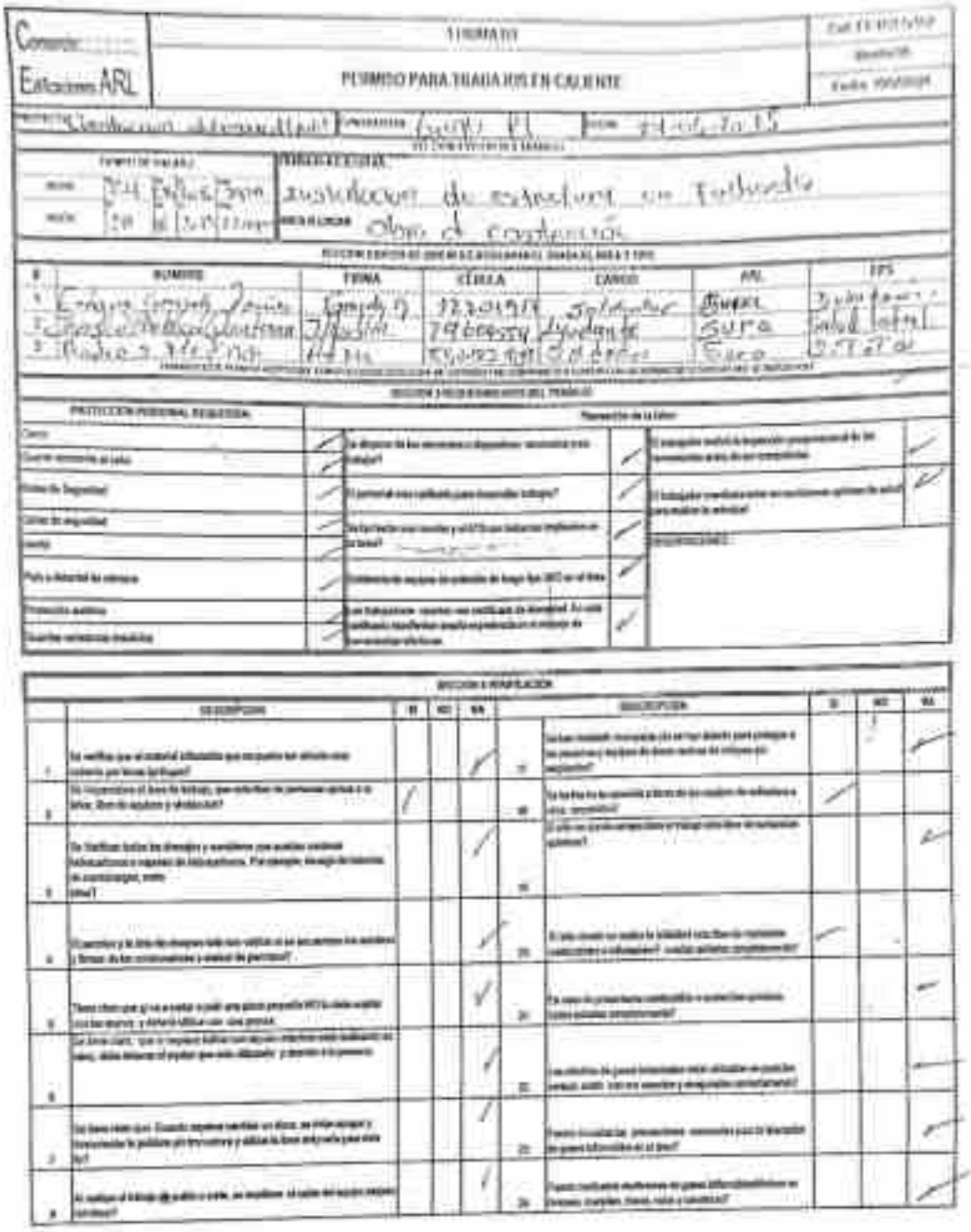
SE CANCELA ESTE PERMISO DE TRABAJO DESPUÉS DE COMPROBAR QUE NO SE ESTÁ CUMPLIENDO CON LAS NORMAS REFERENCIADAS EN EL.

NOMBRE:
CARGO:
FECHA: / /
FIRMA:

CUMPLIDOS LOS PLAZOS Y VERIFICADAS A DIARIO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESPECIFICADAS DE OBRA CONFORME ESTE PERMISO.

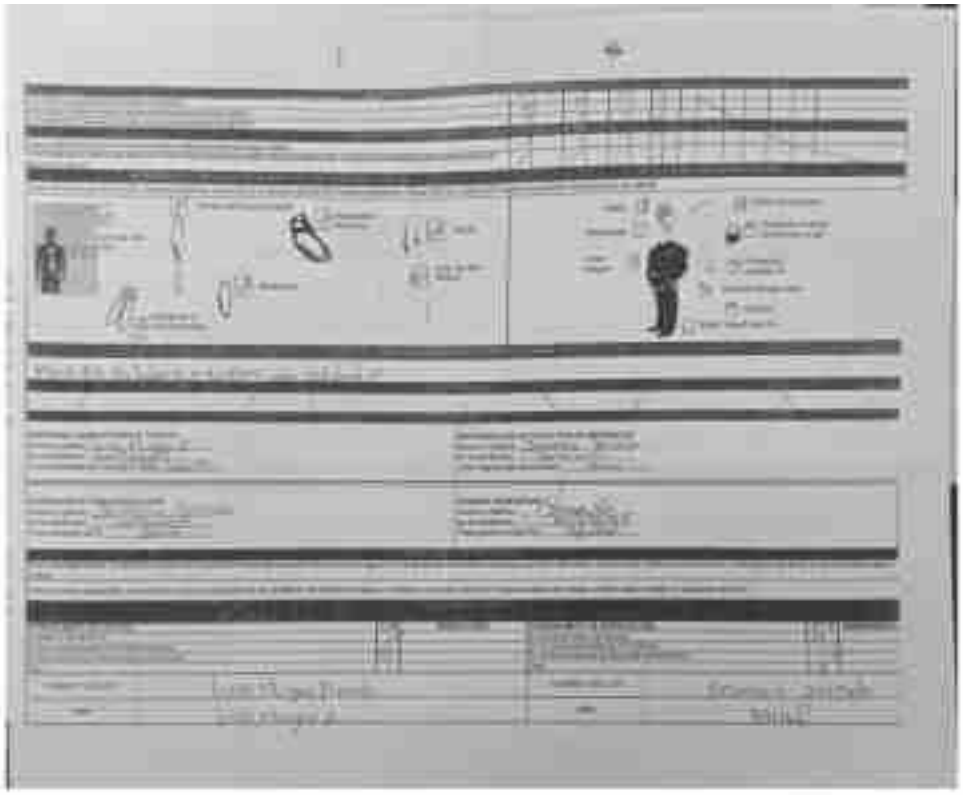
NOMBRE: Daniela Salcedo
CARGO:
FECHA: 2-6 / 06 / 2023
FIRMA: David

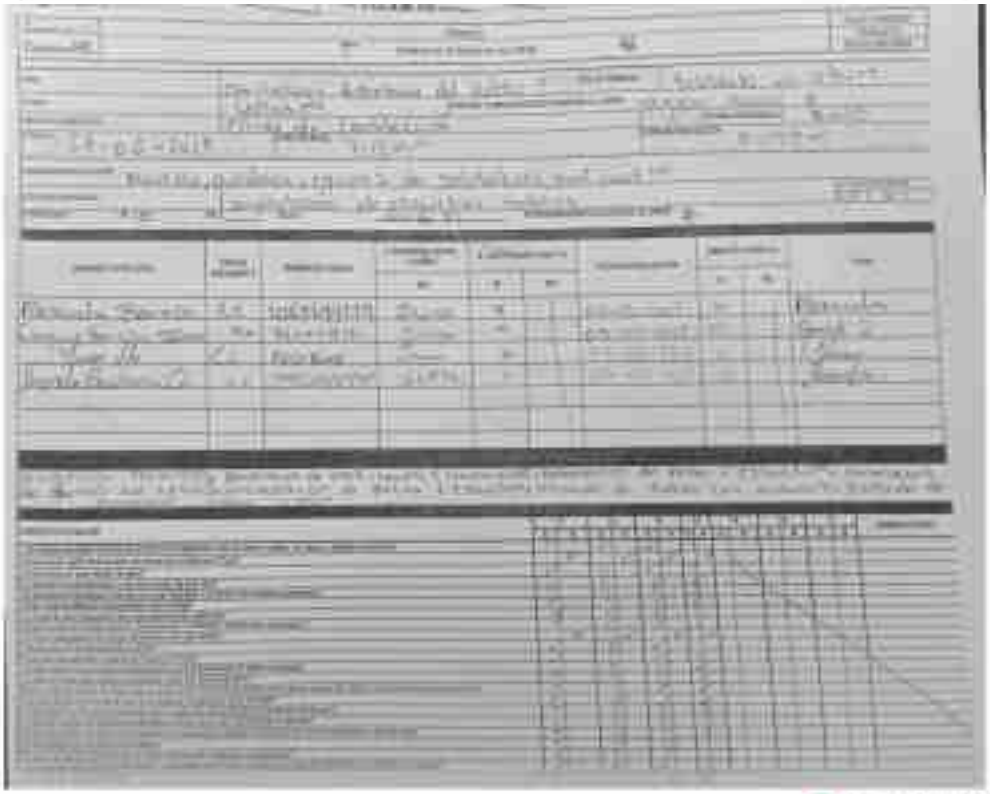
Scanned with OKEN Scanner



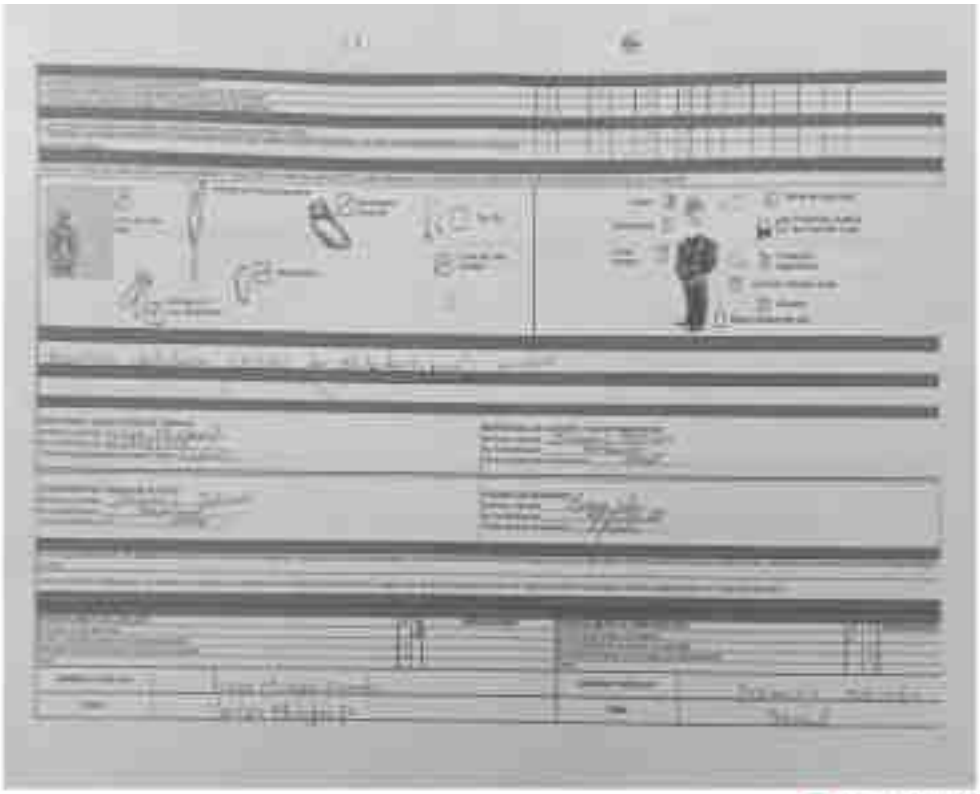
PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

Scanned with OKEN Scanner

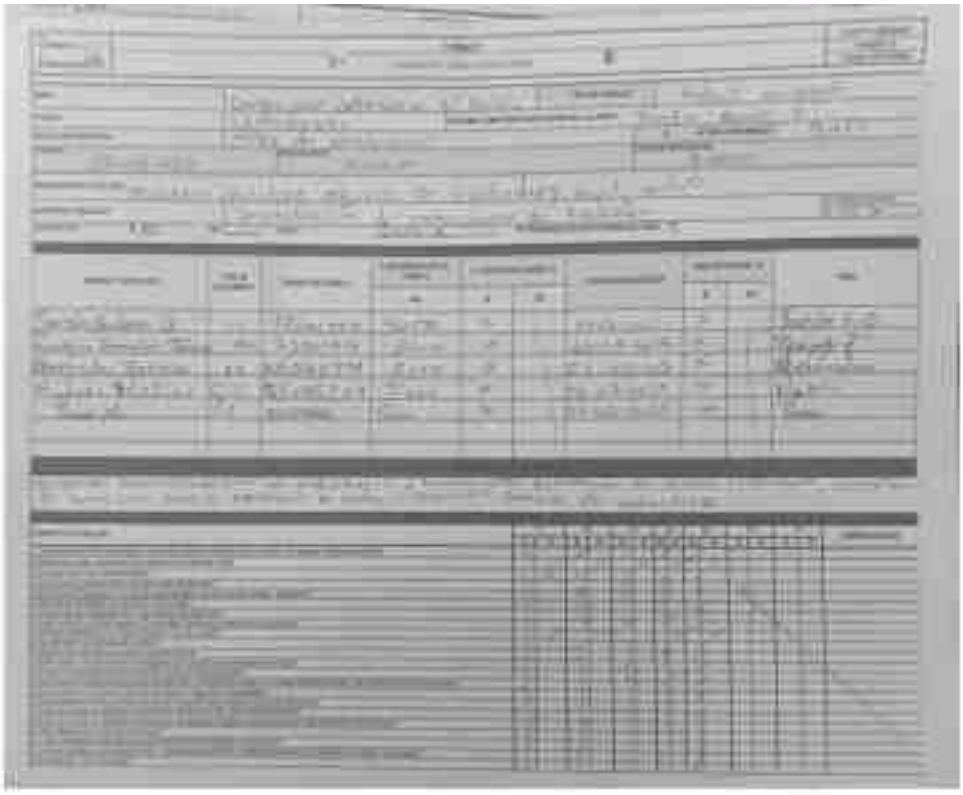


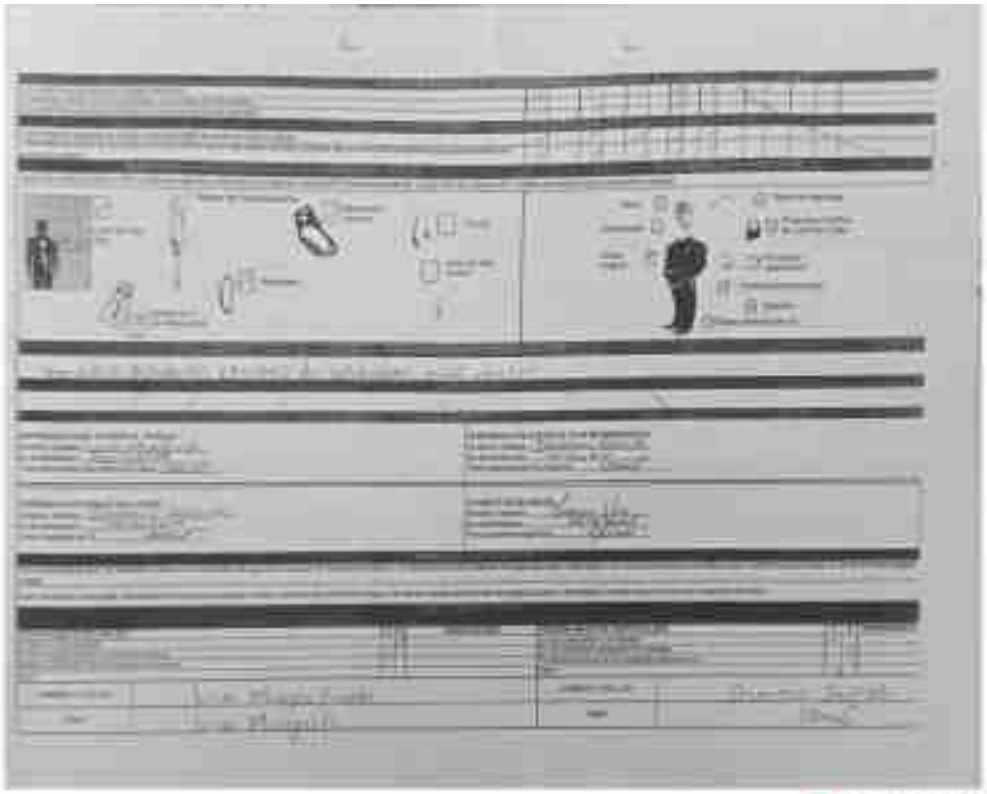


Scanned with CamScanner

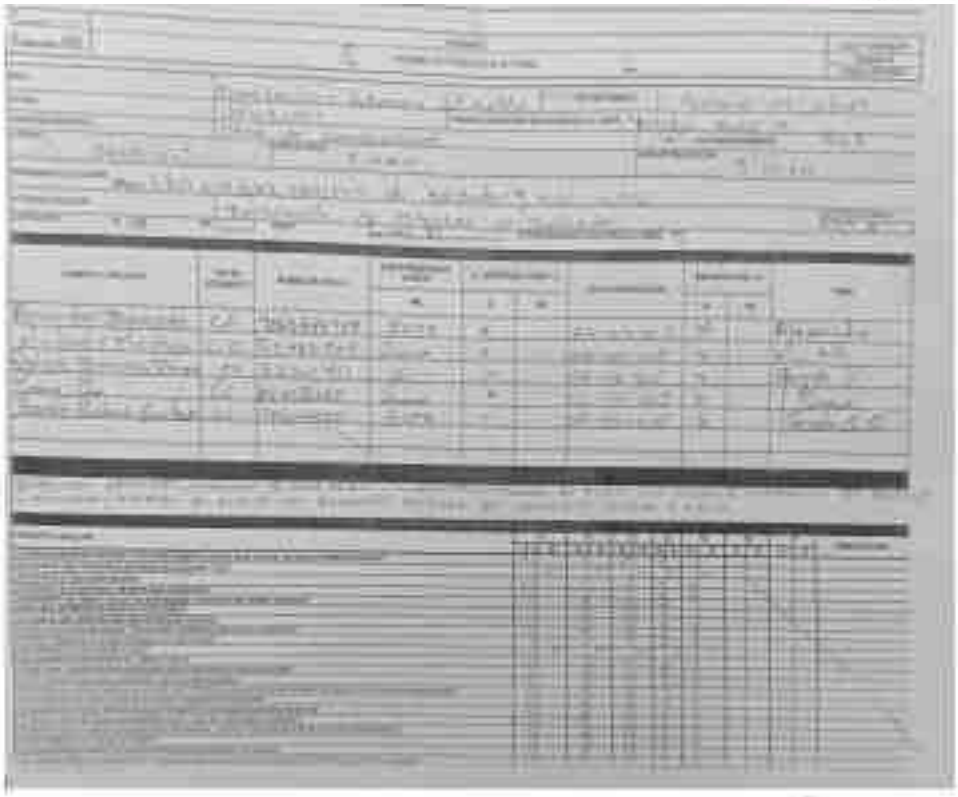


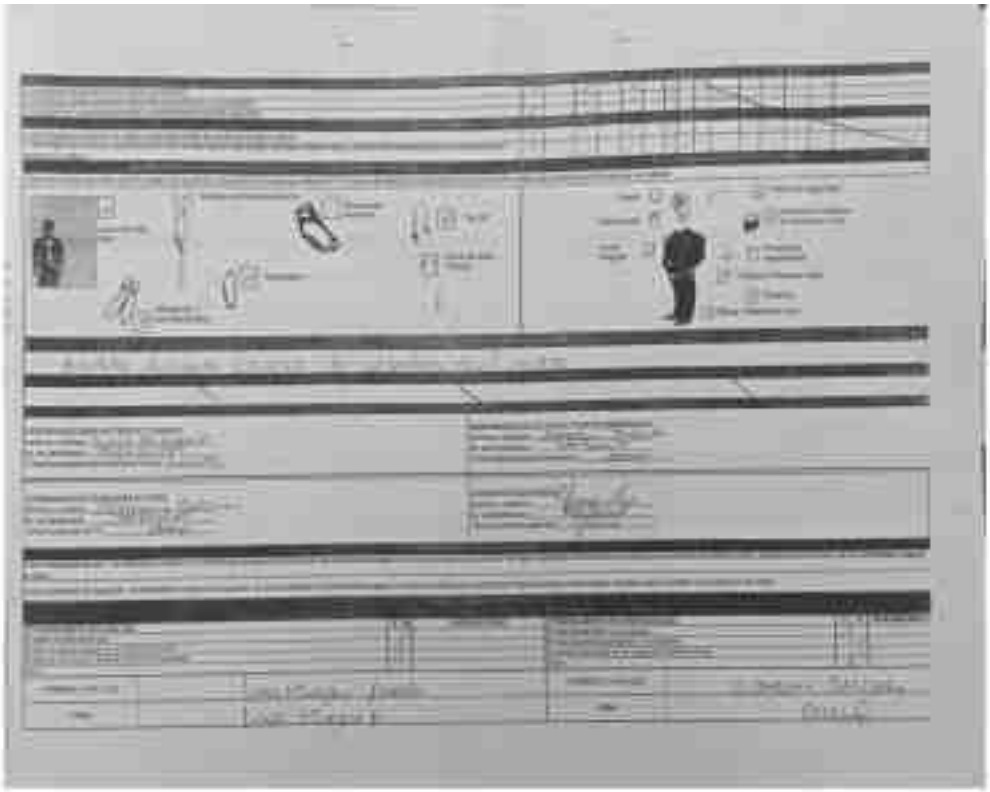
Scanned with CamScanner





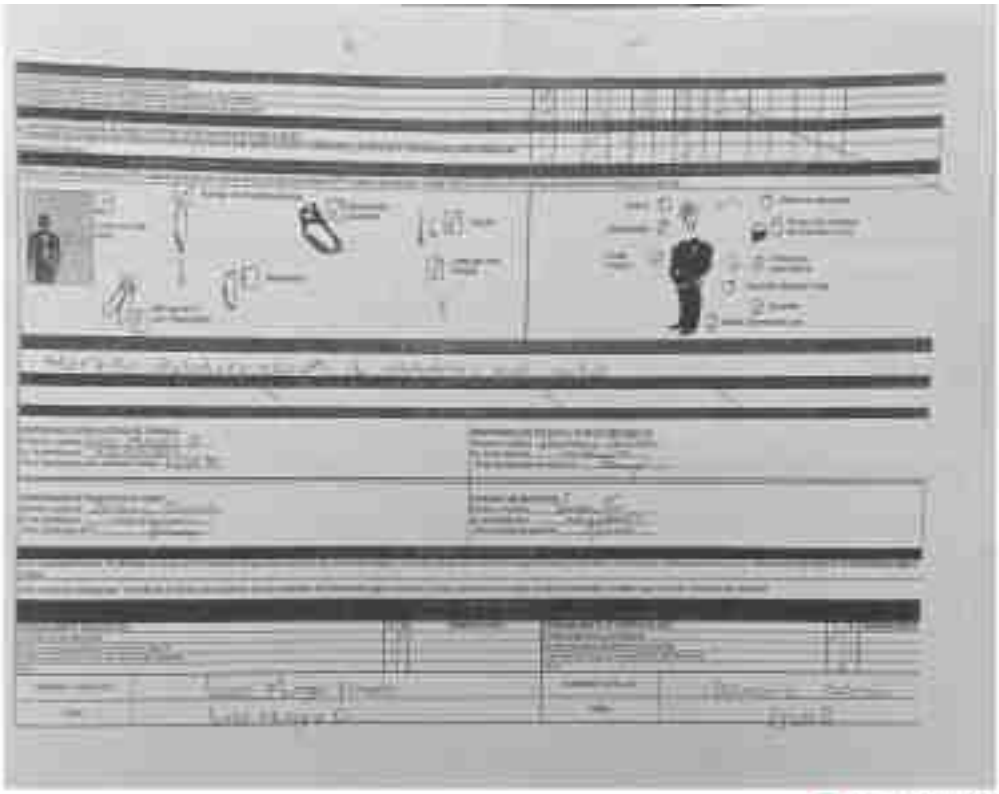
Scanned with CamScanner



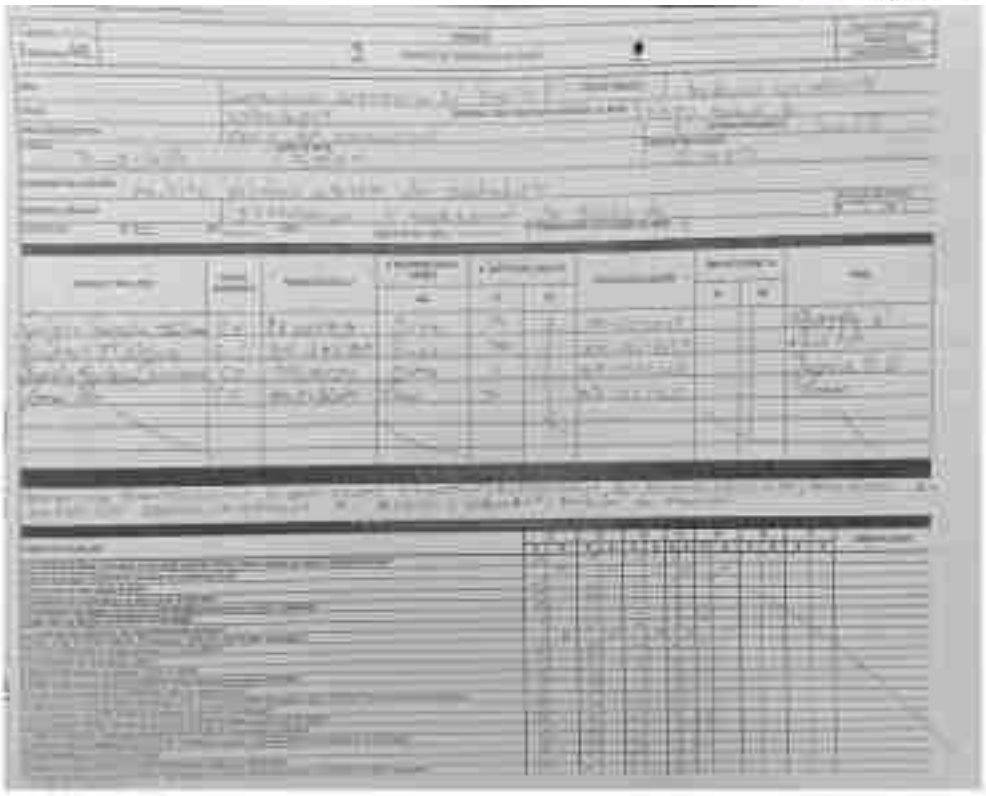


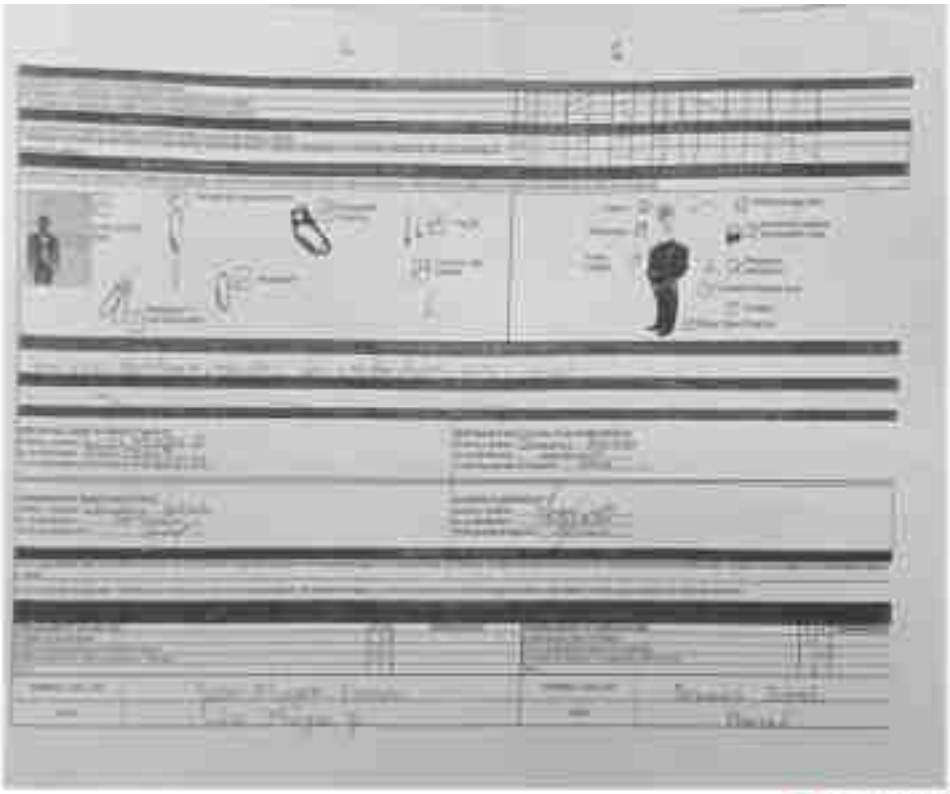


Scanned with CamScanner



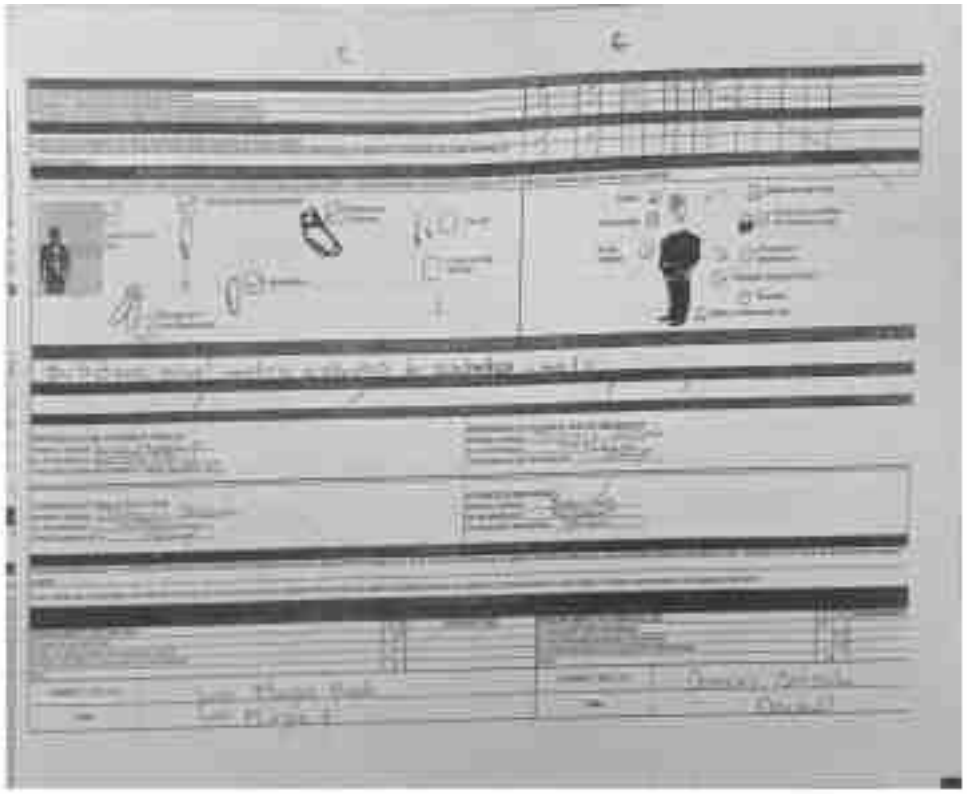
Scanned with CamScanner





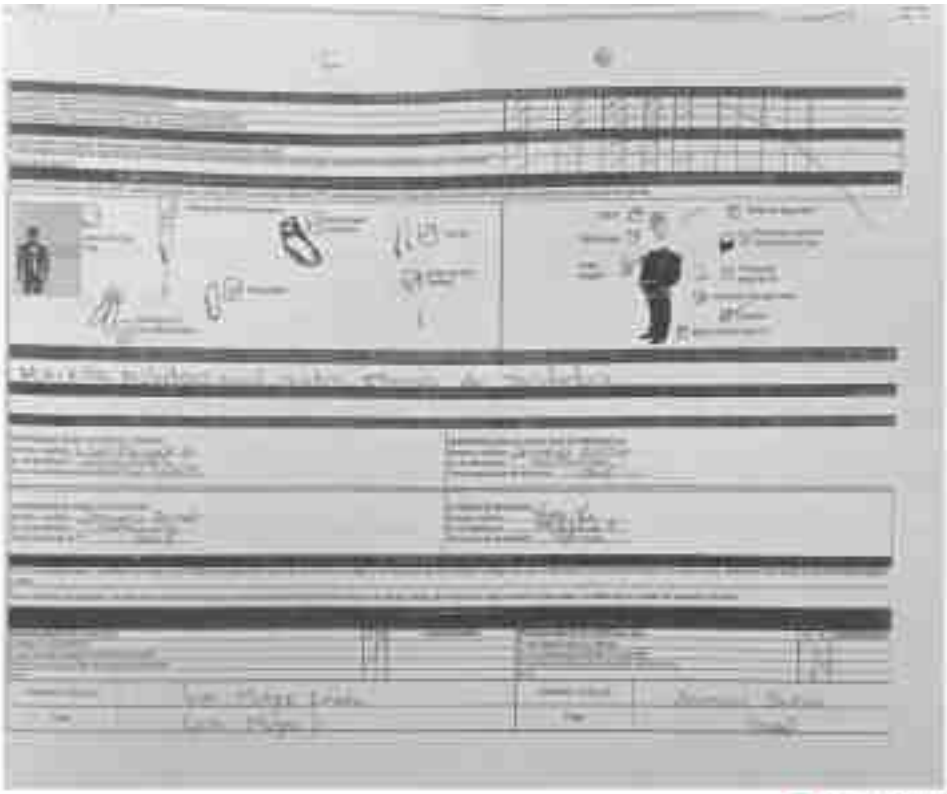
Scanned with OKEN Scanner





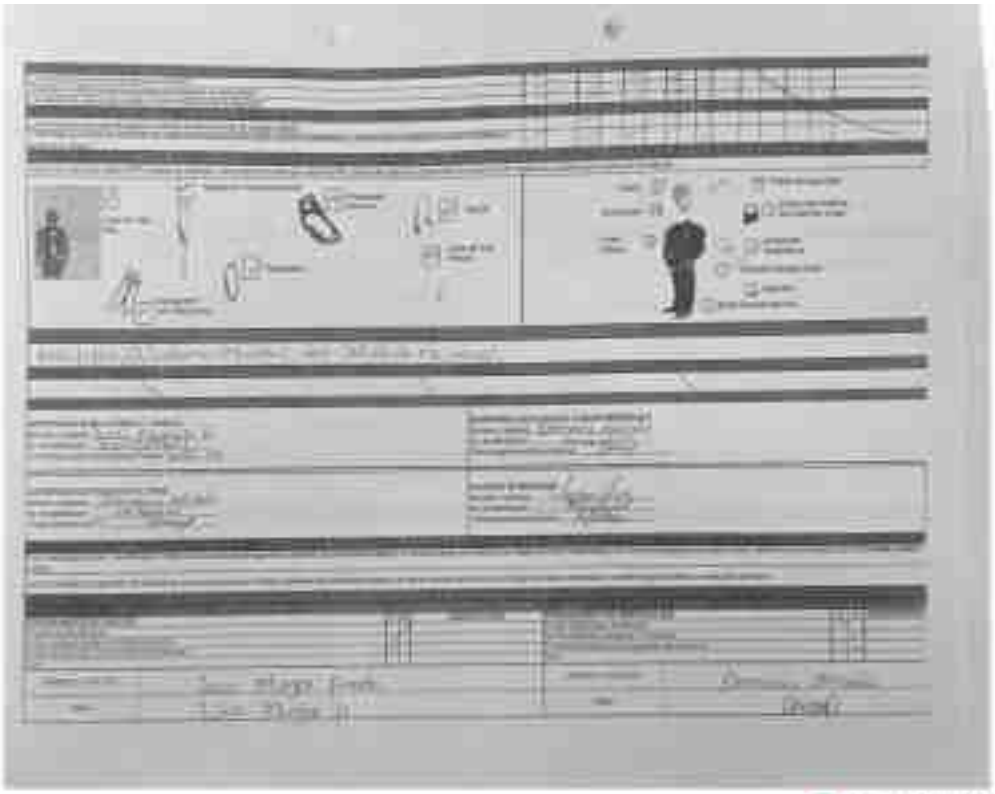


Scanned with OKEN Scanner



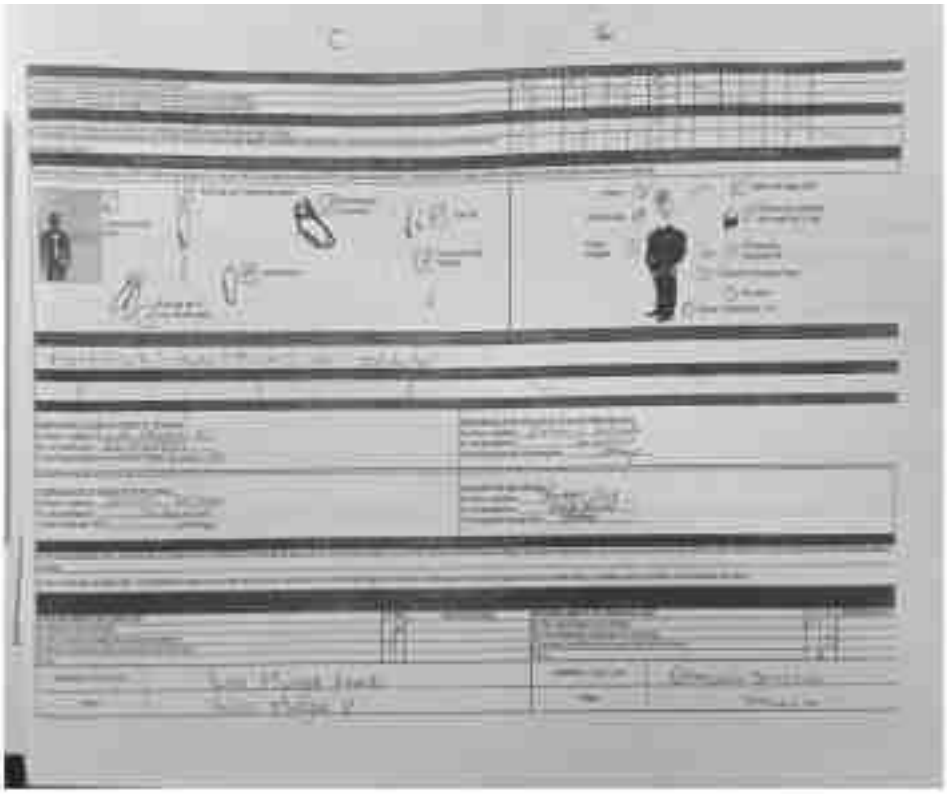
Scanned with CamScanner





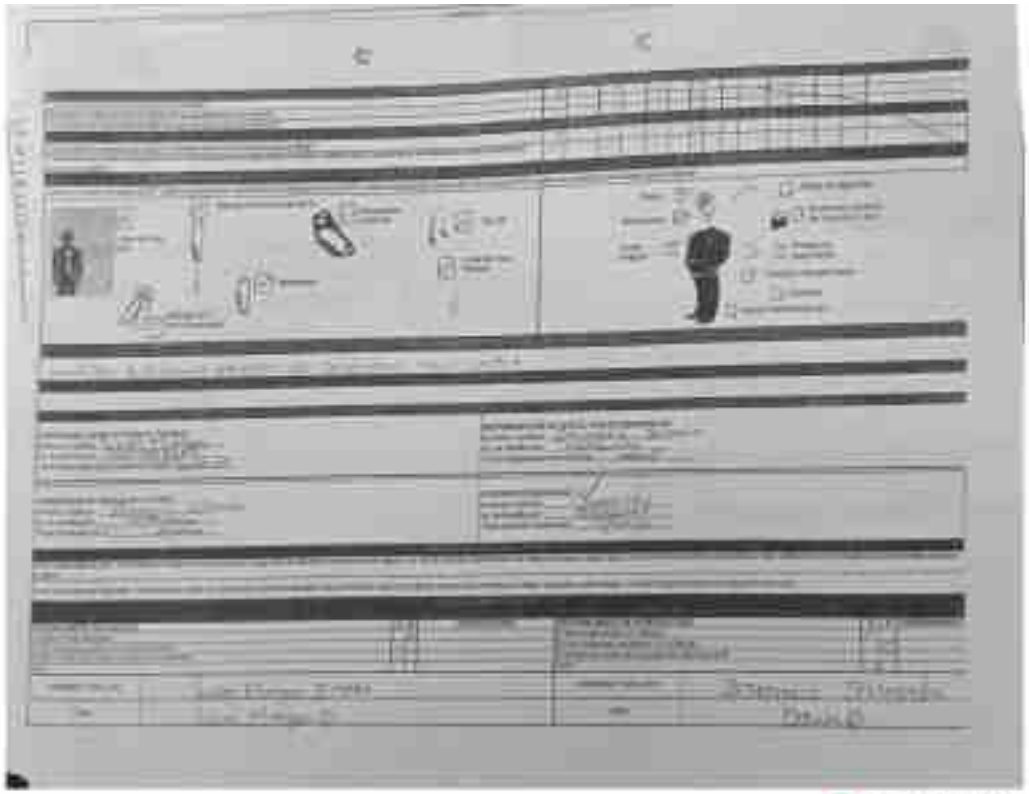
Scanned with CamScanner





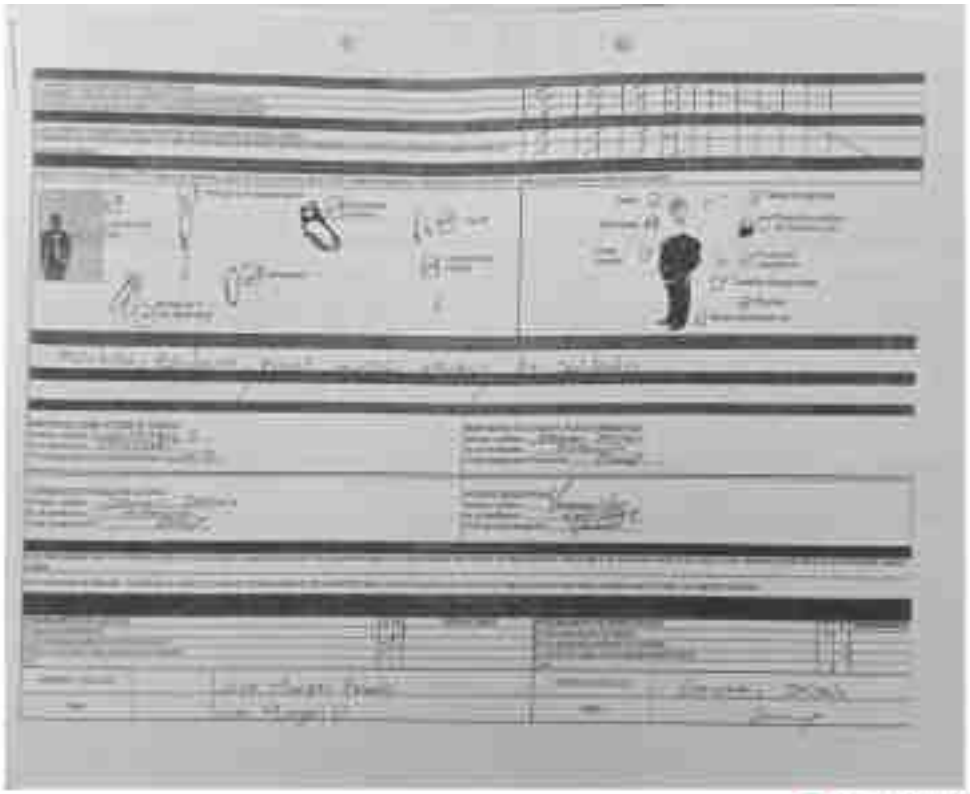


Scanned with CamScanner

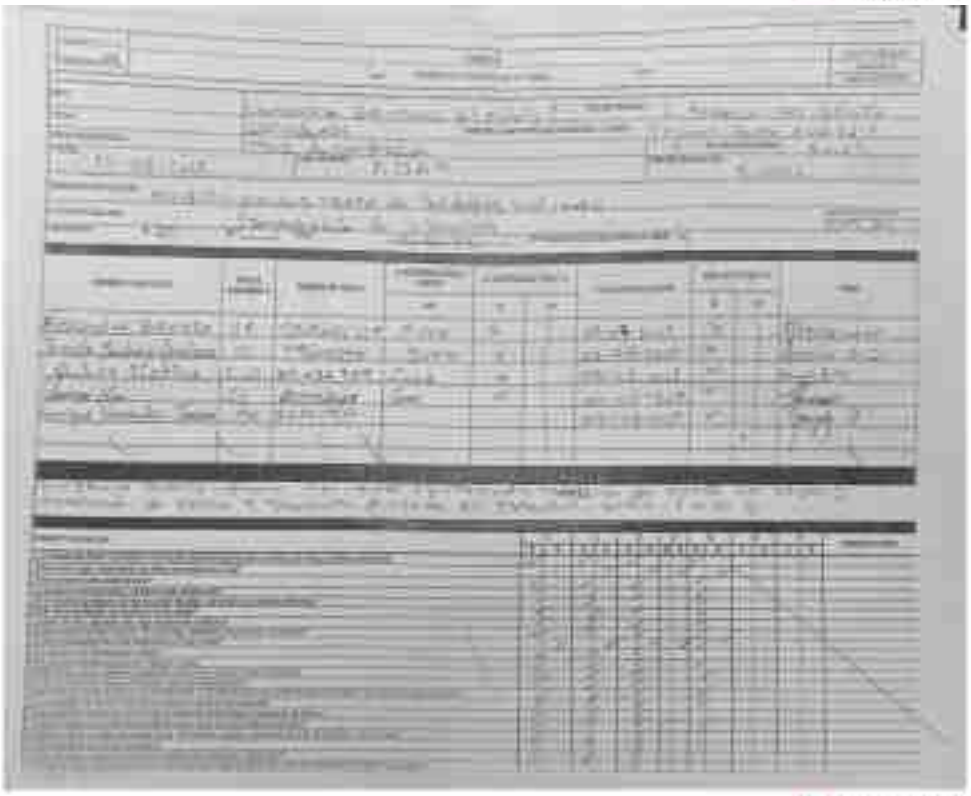


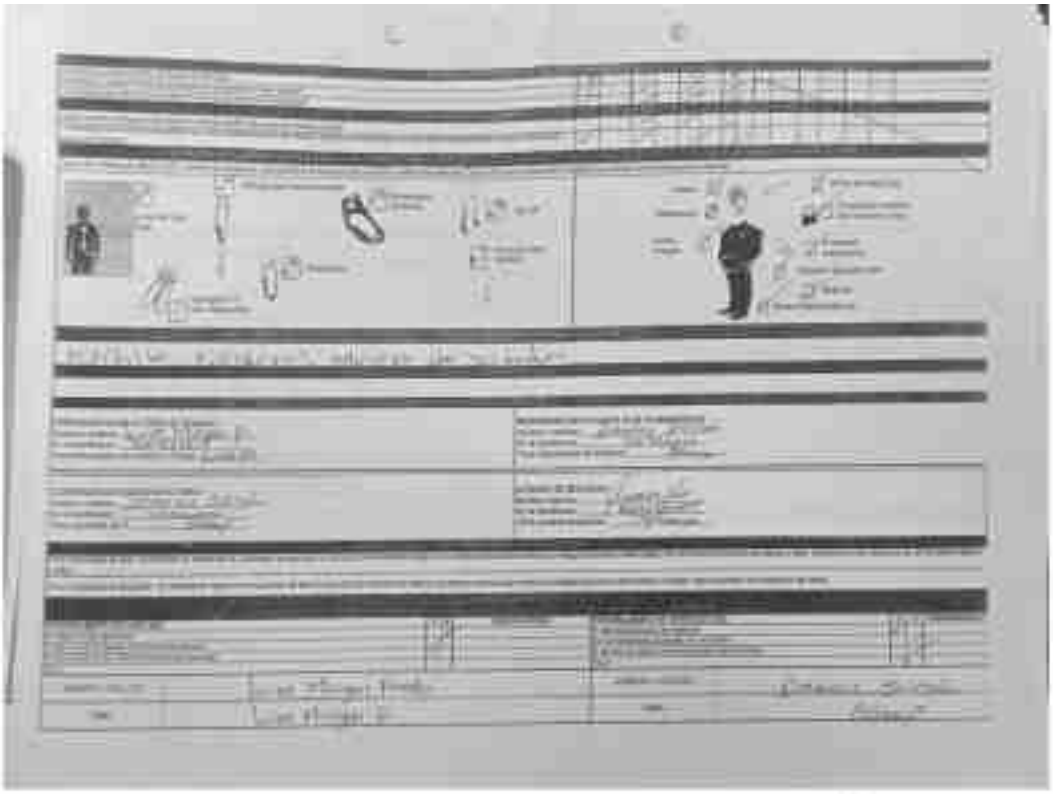
Scanned with CamScanner





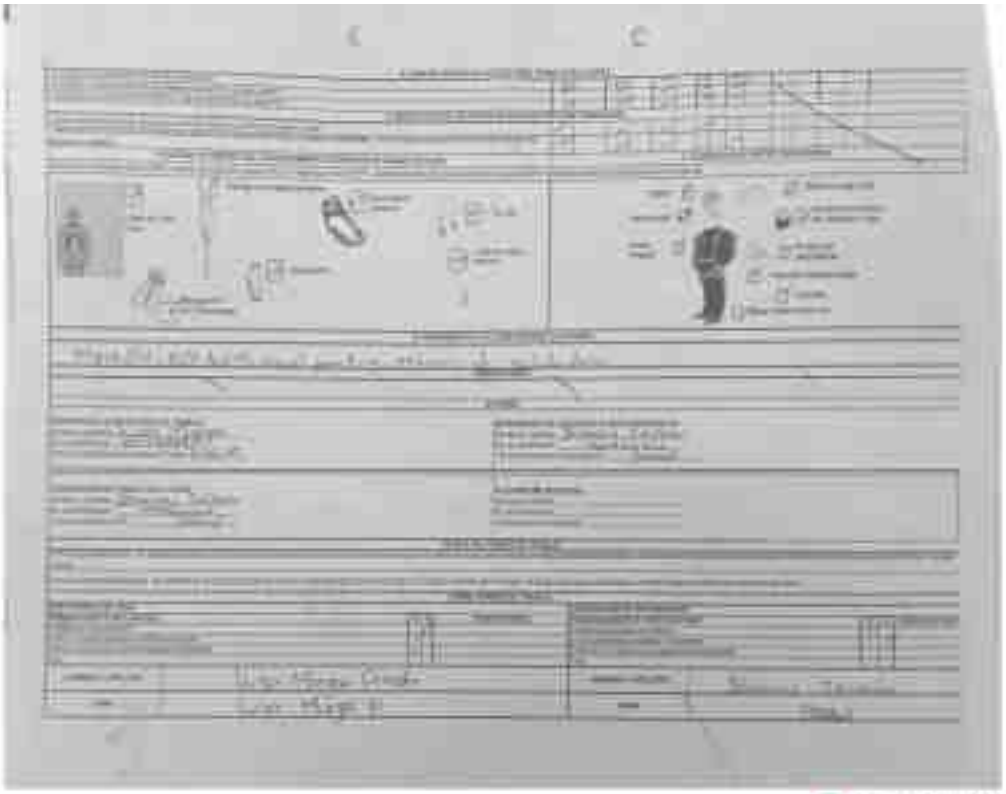
Scanned with CamScanner





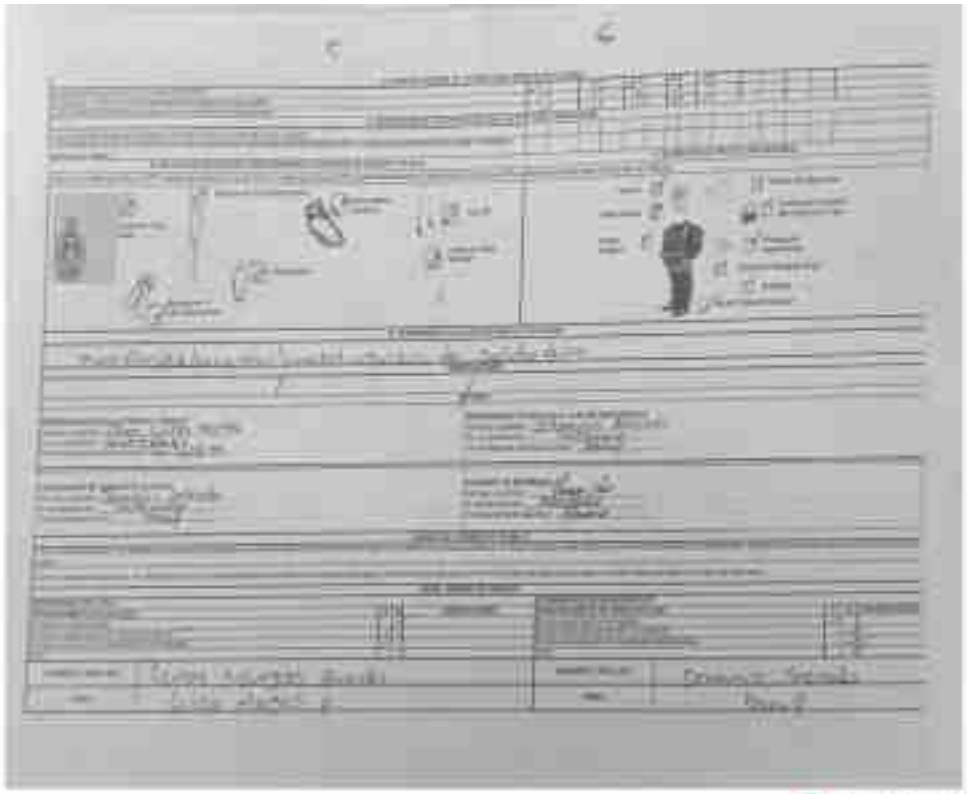


Scanned with OKEN Scanner



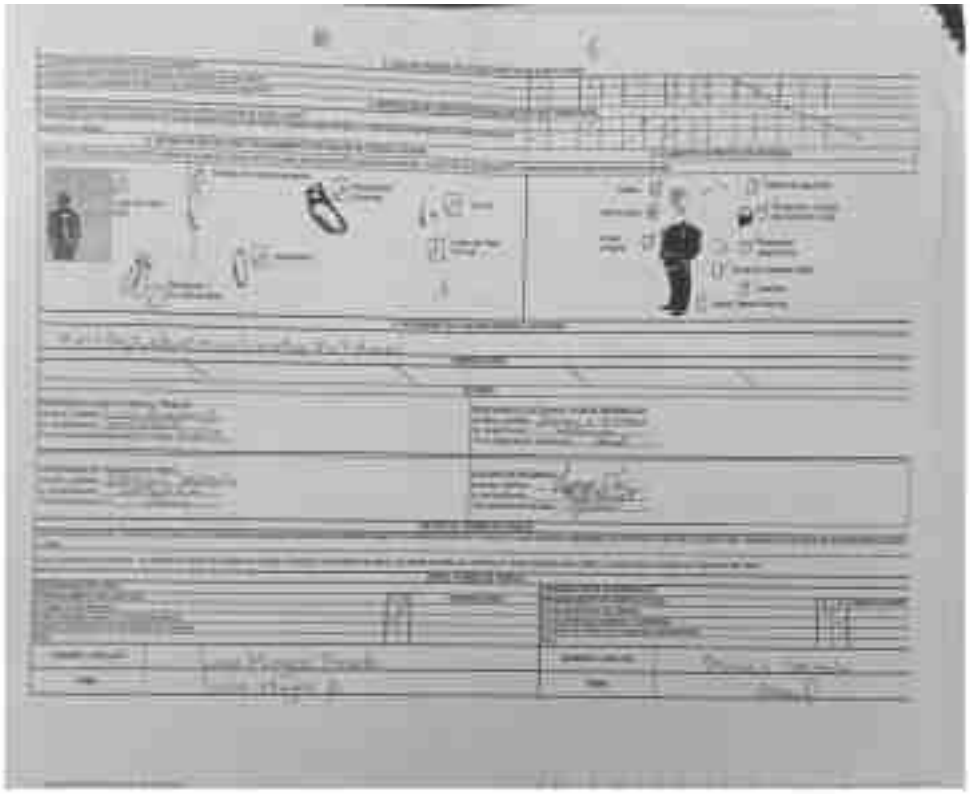
Scanned with OKEN Scanner





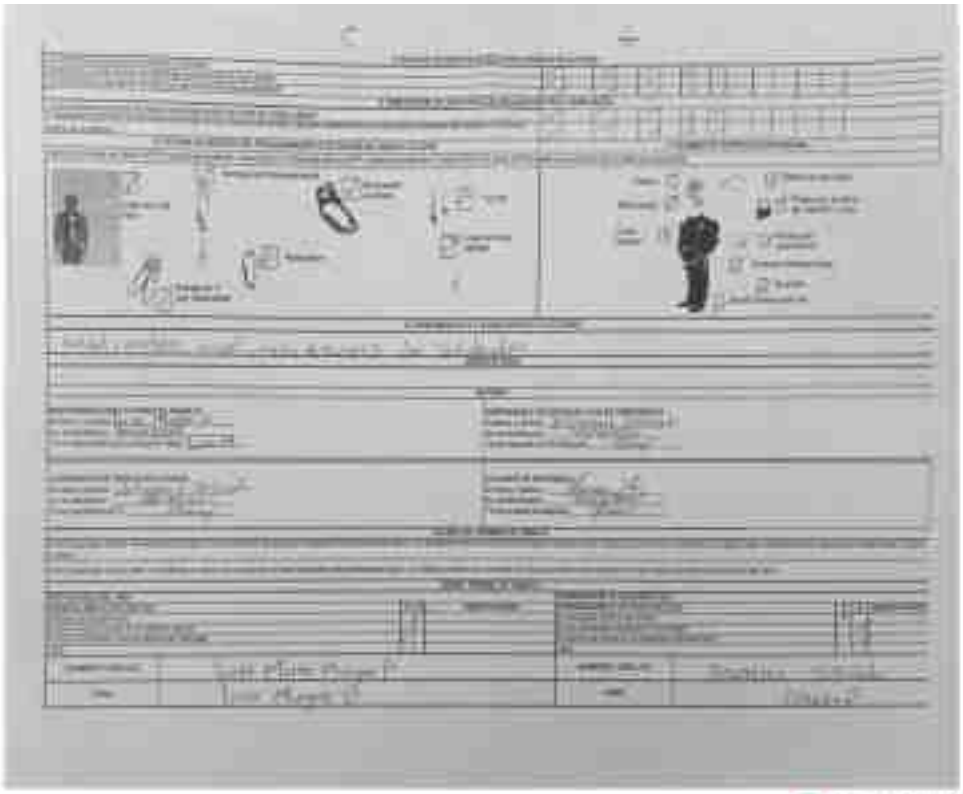
Scanned with CamScanner



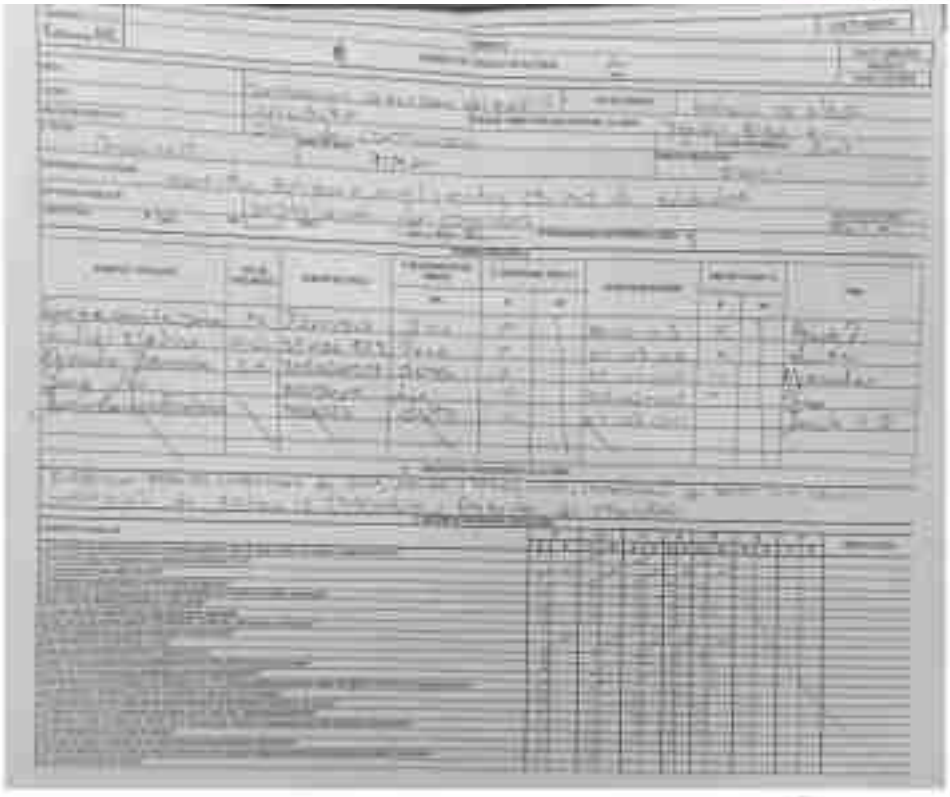


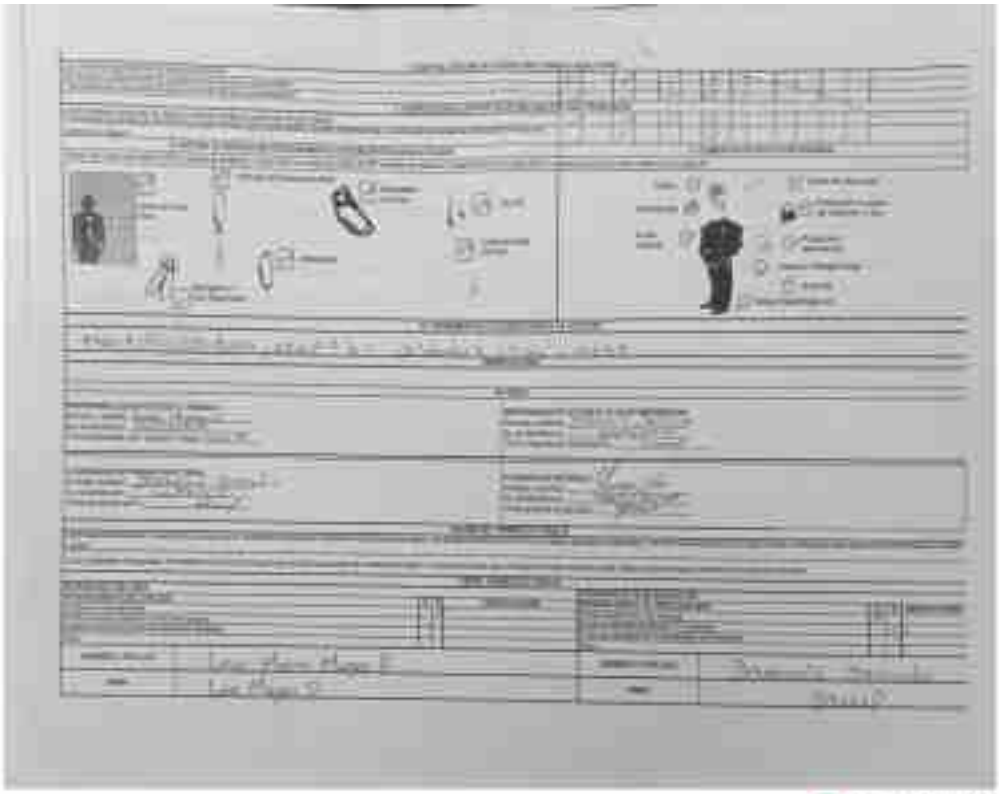


Scanned with CamScanner



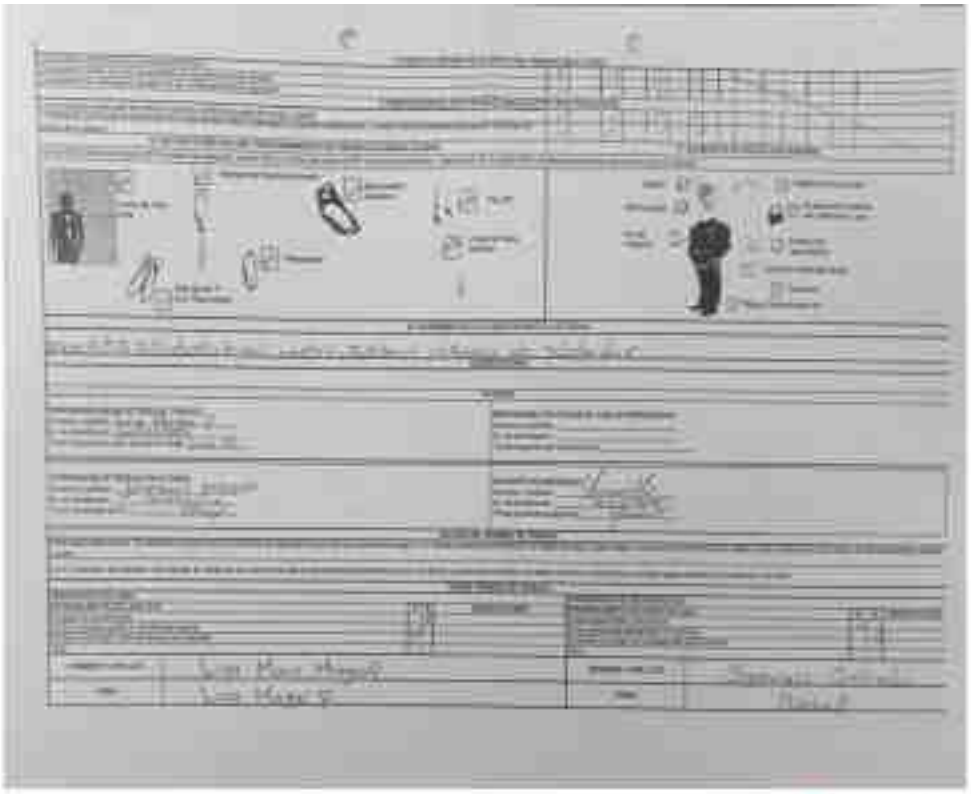
Scanned with OKEN Scanner

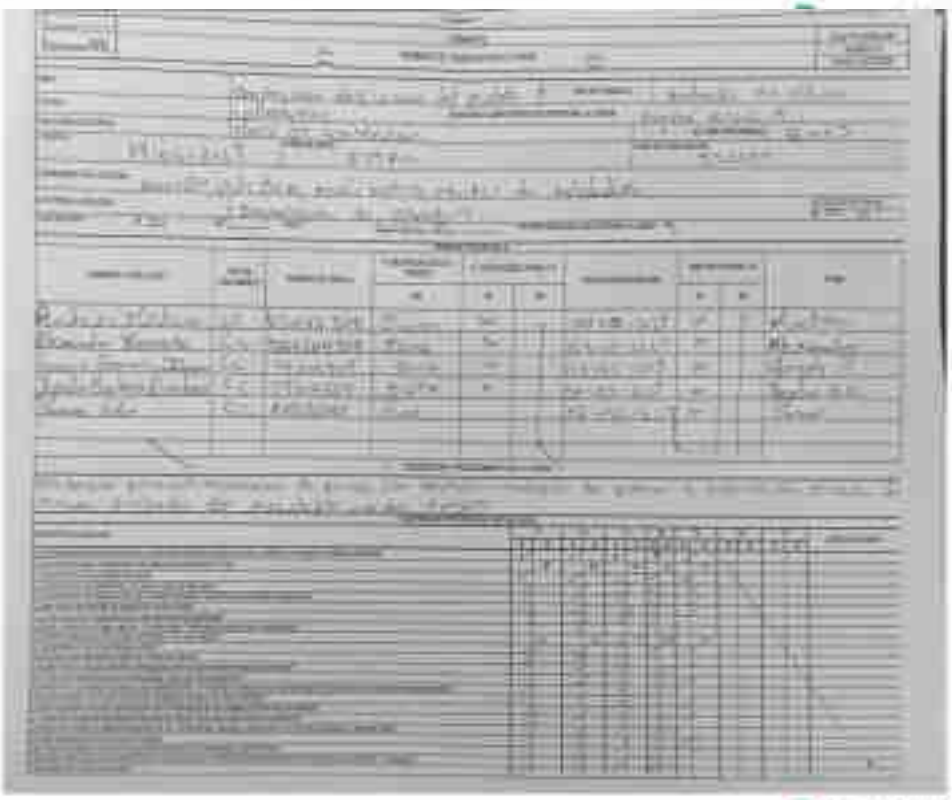




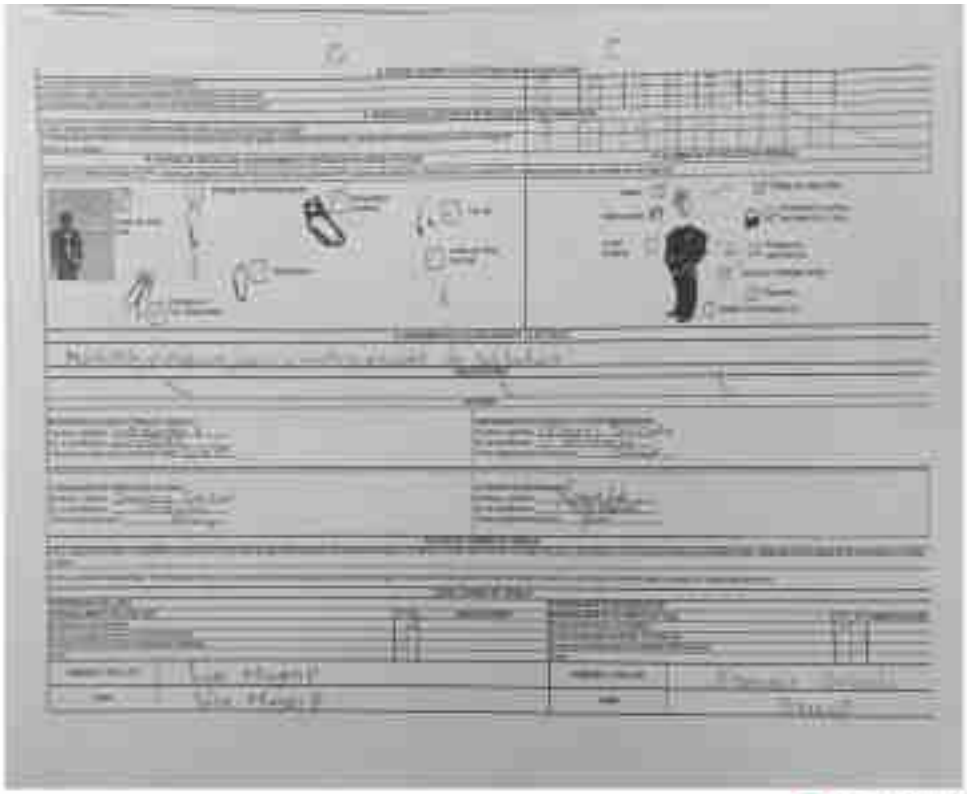
Scanned with CamScanner





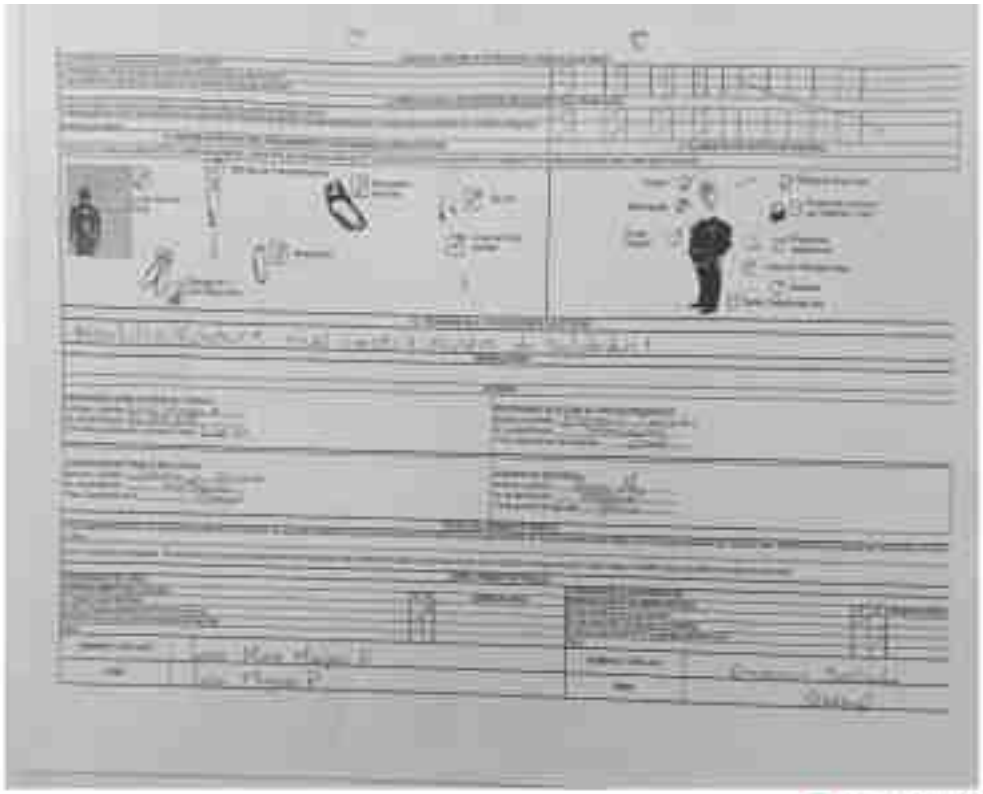


Scanned with CamScanner



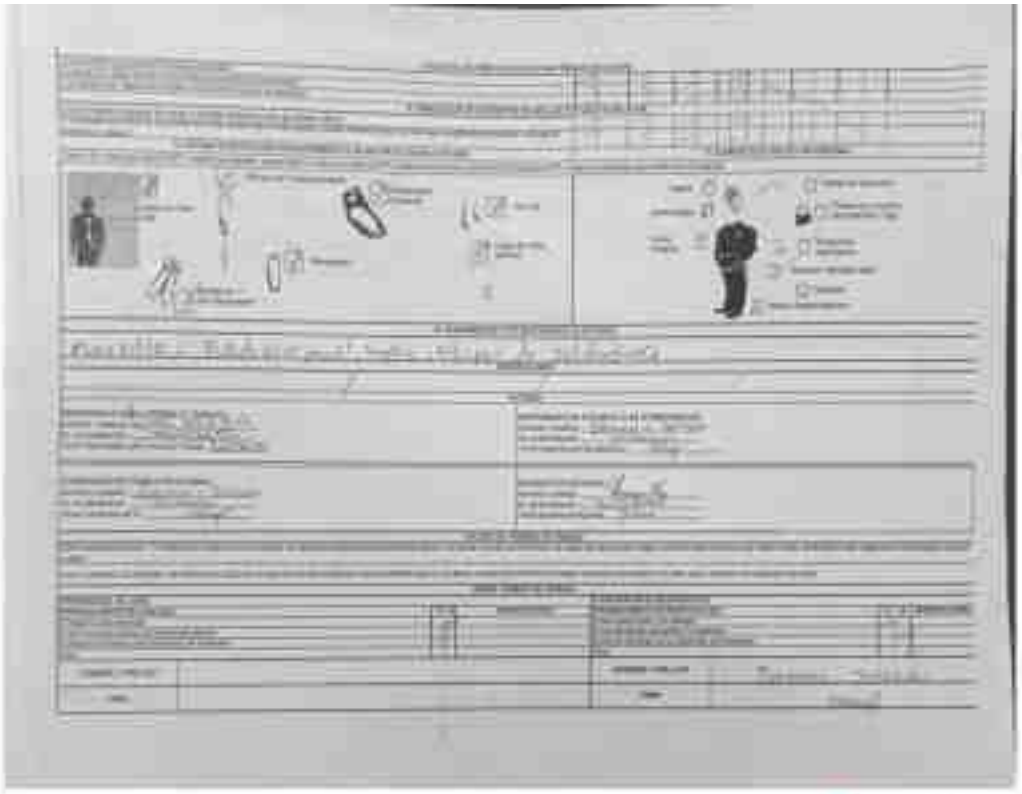
Scanned with OKEN Scanner

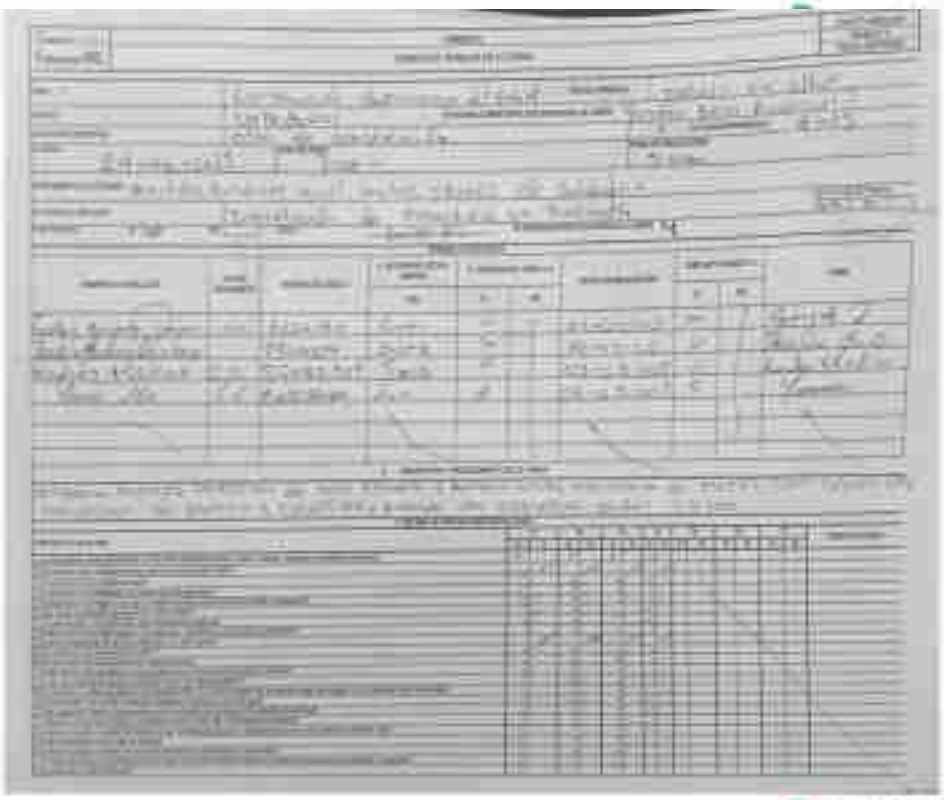




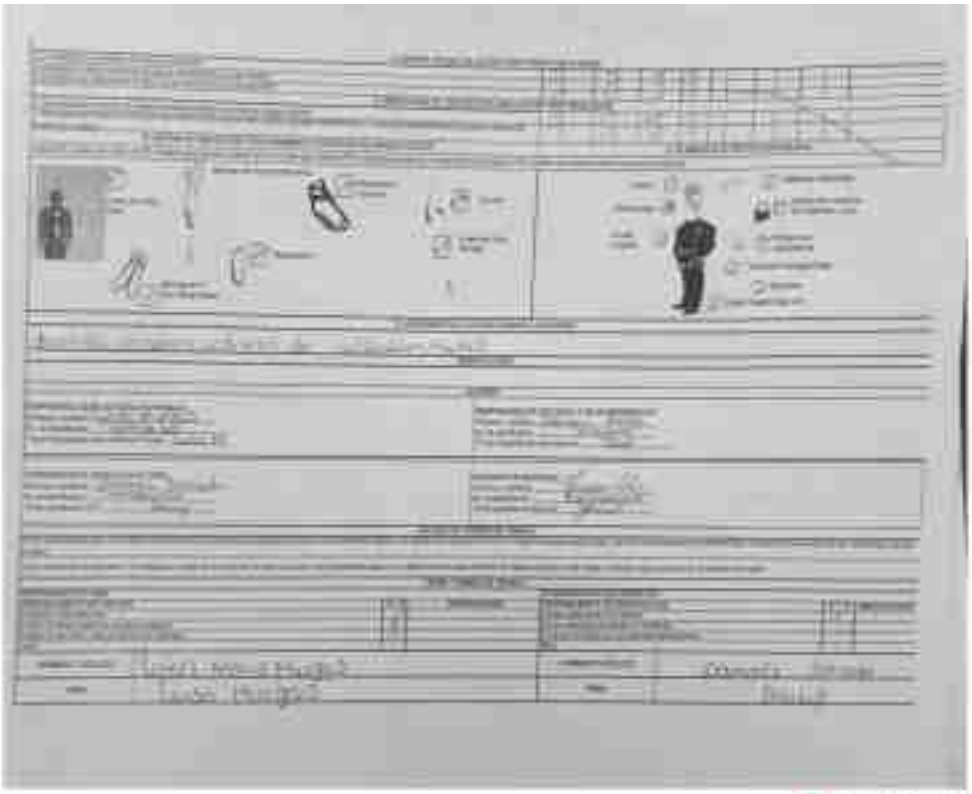
Scanned with CamScanner





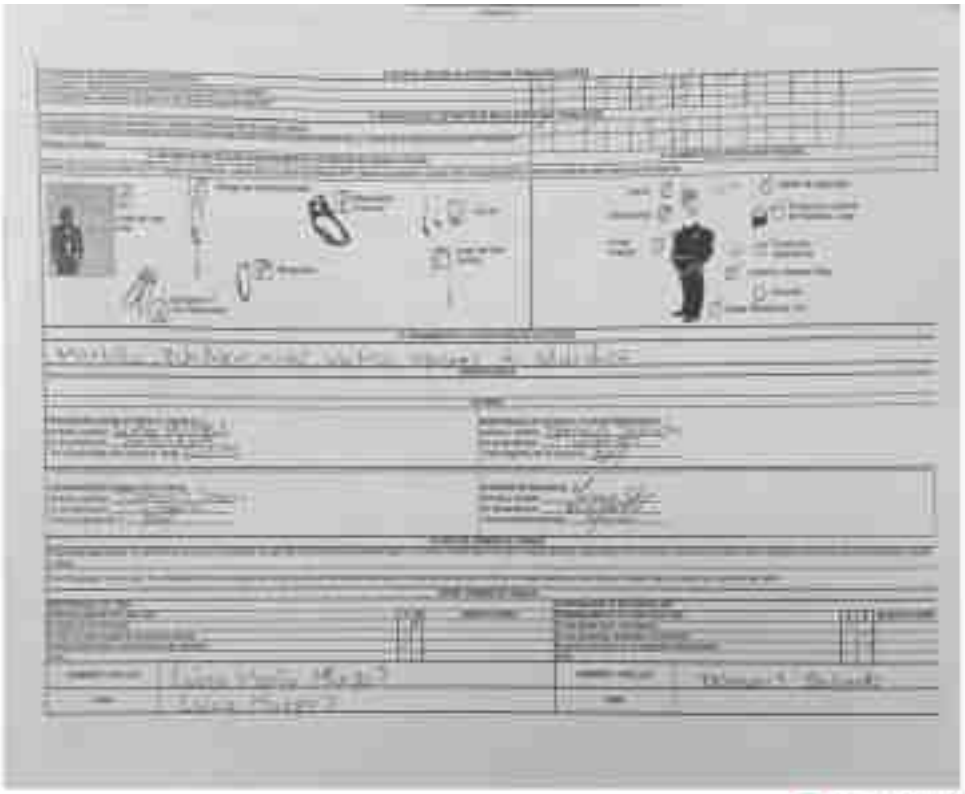


Scanned with OKEN Scanner

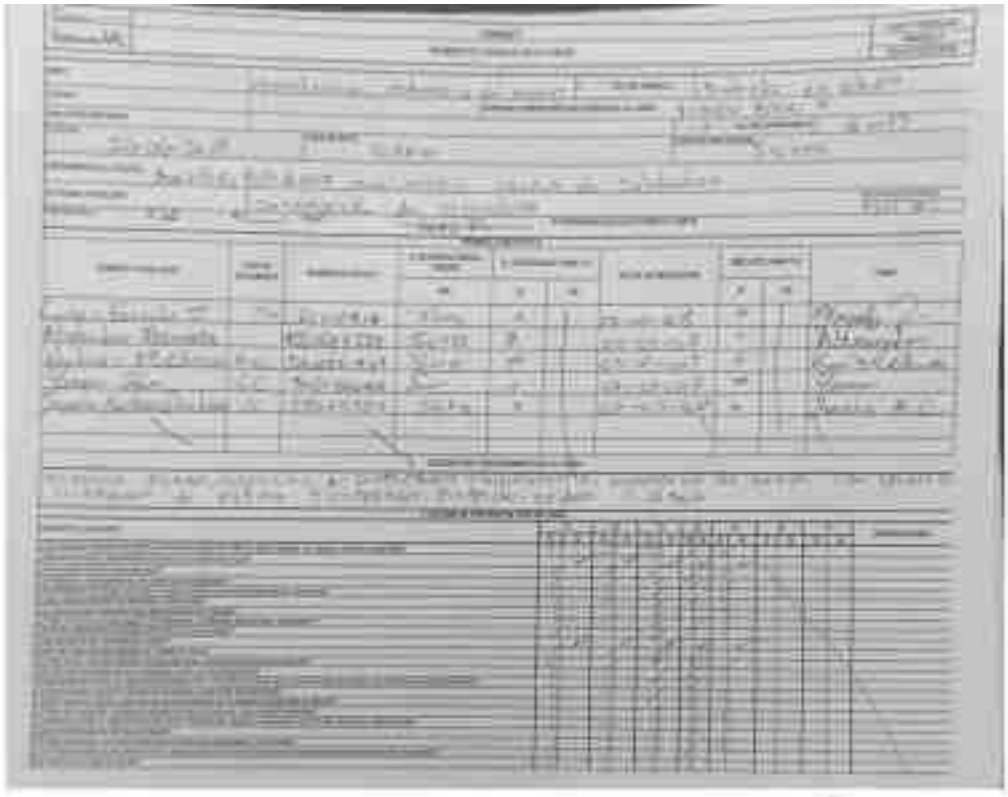


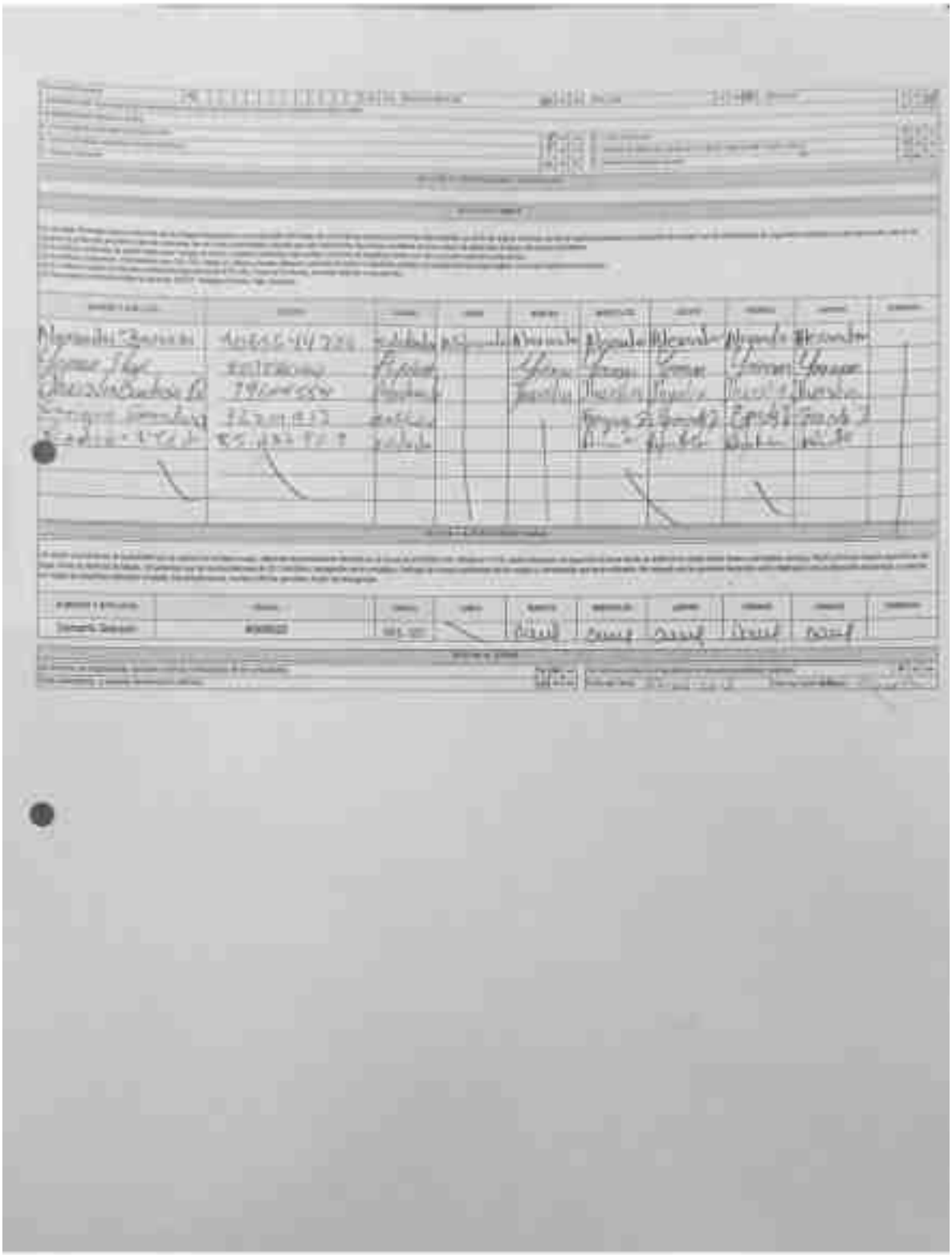
Scanned with OKEN Scanner



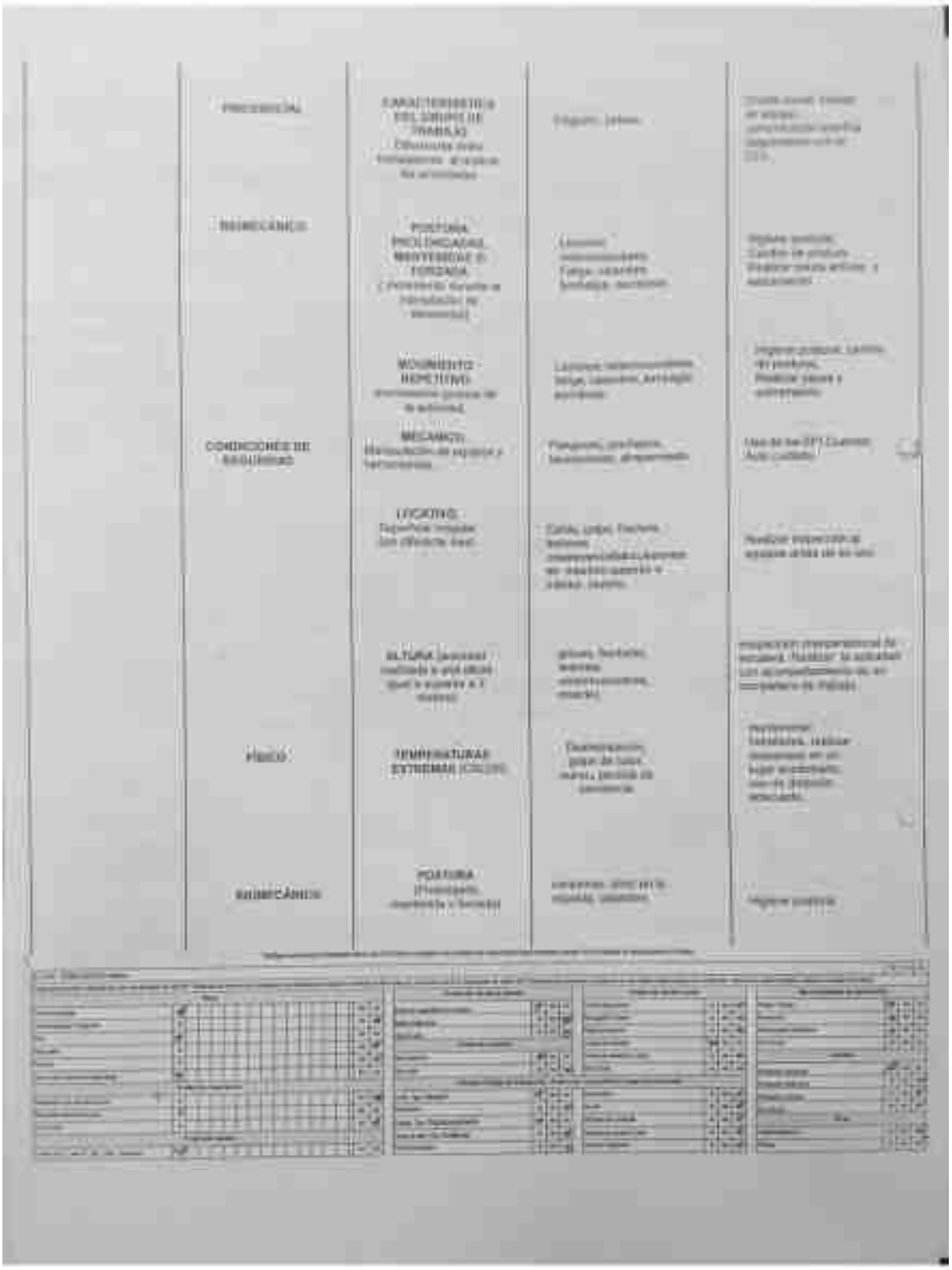


Scanned with CamScanner

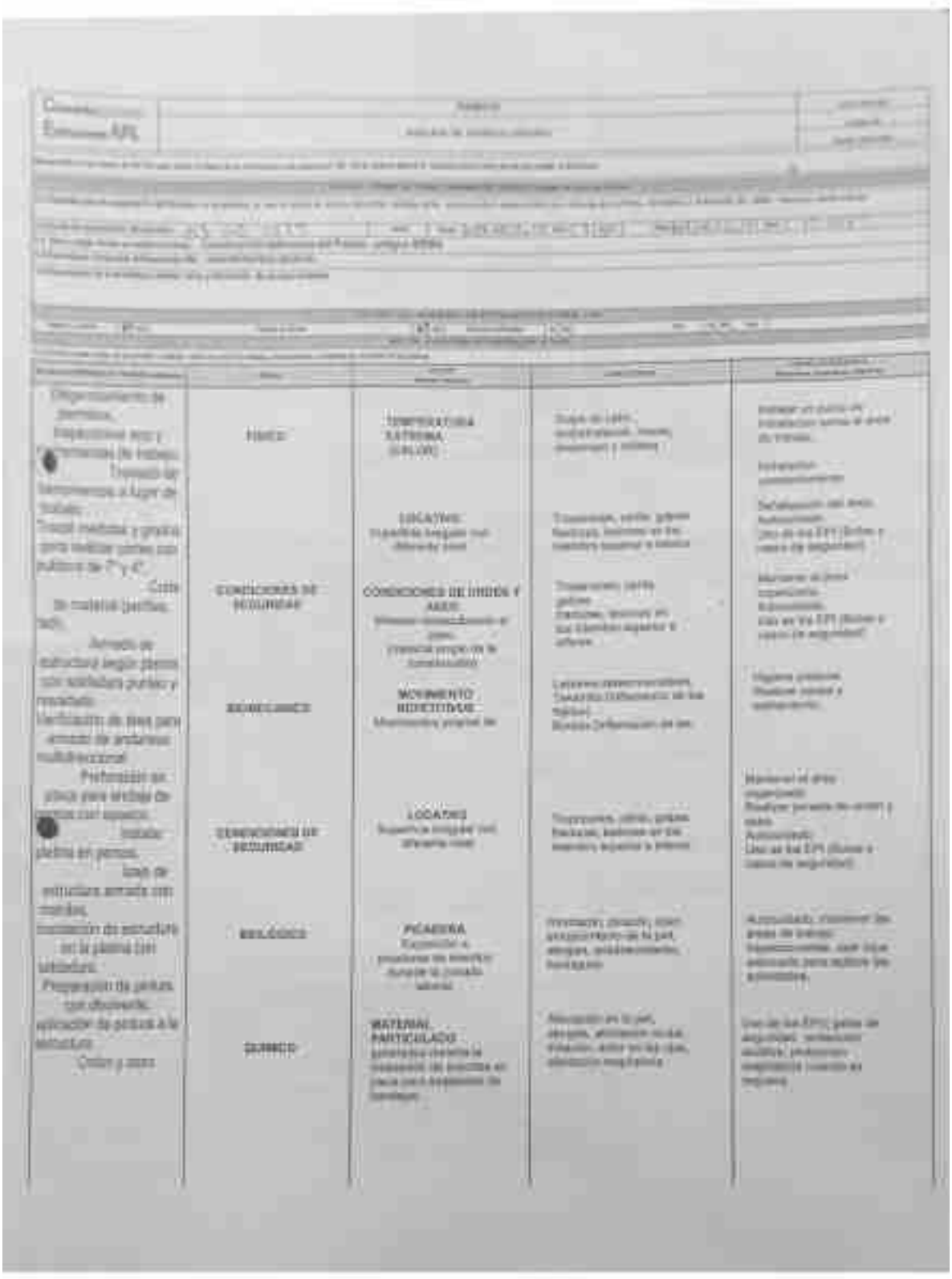




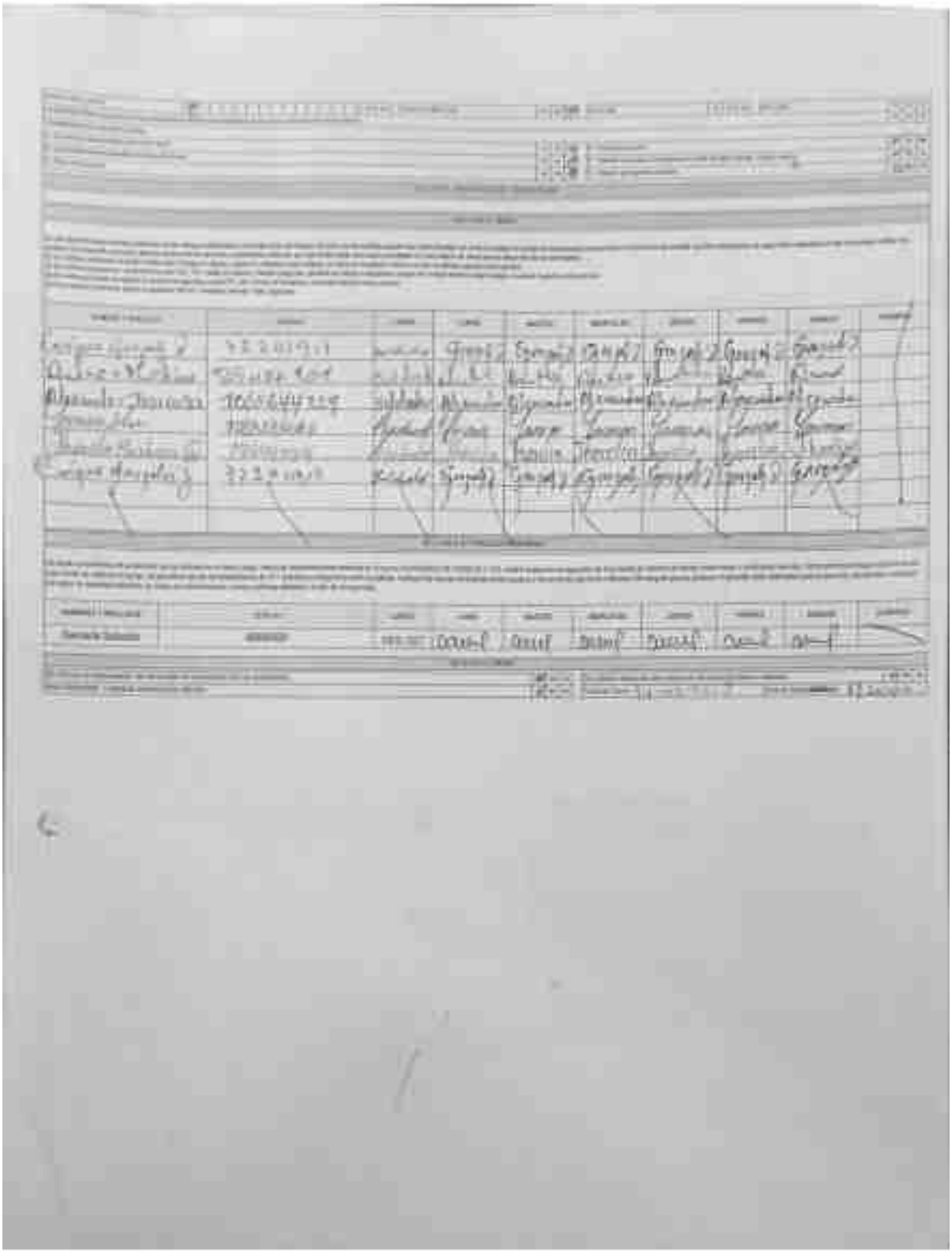
Scanned with OKEN Scanner



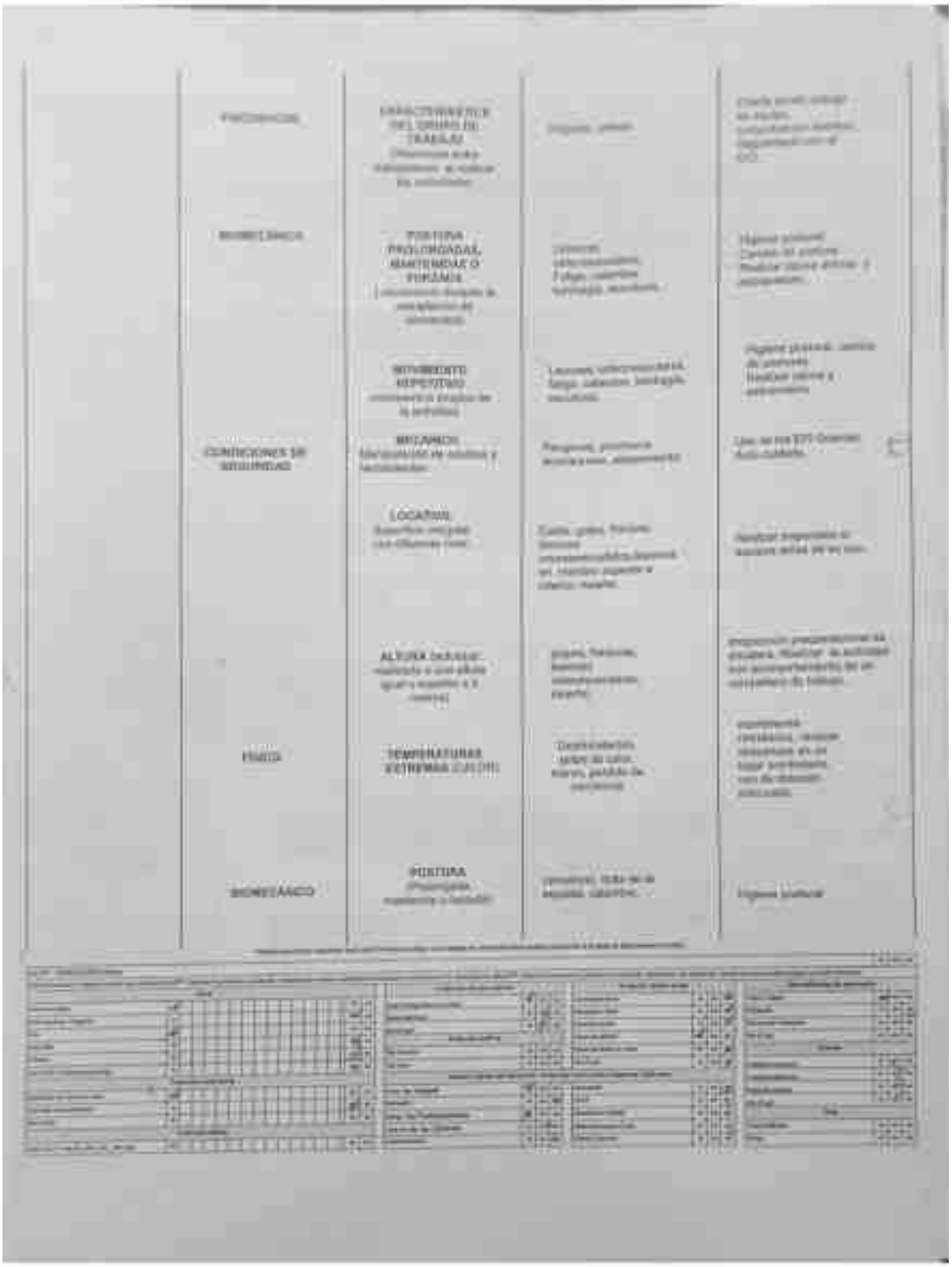
Scanned with OKEN Scanner



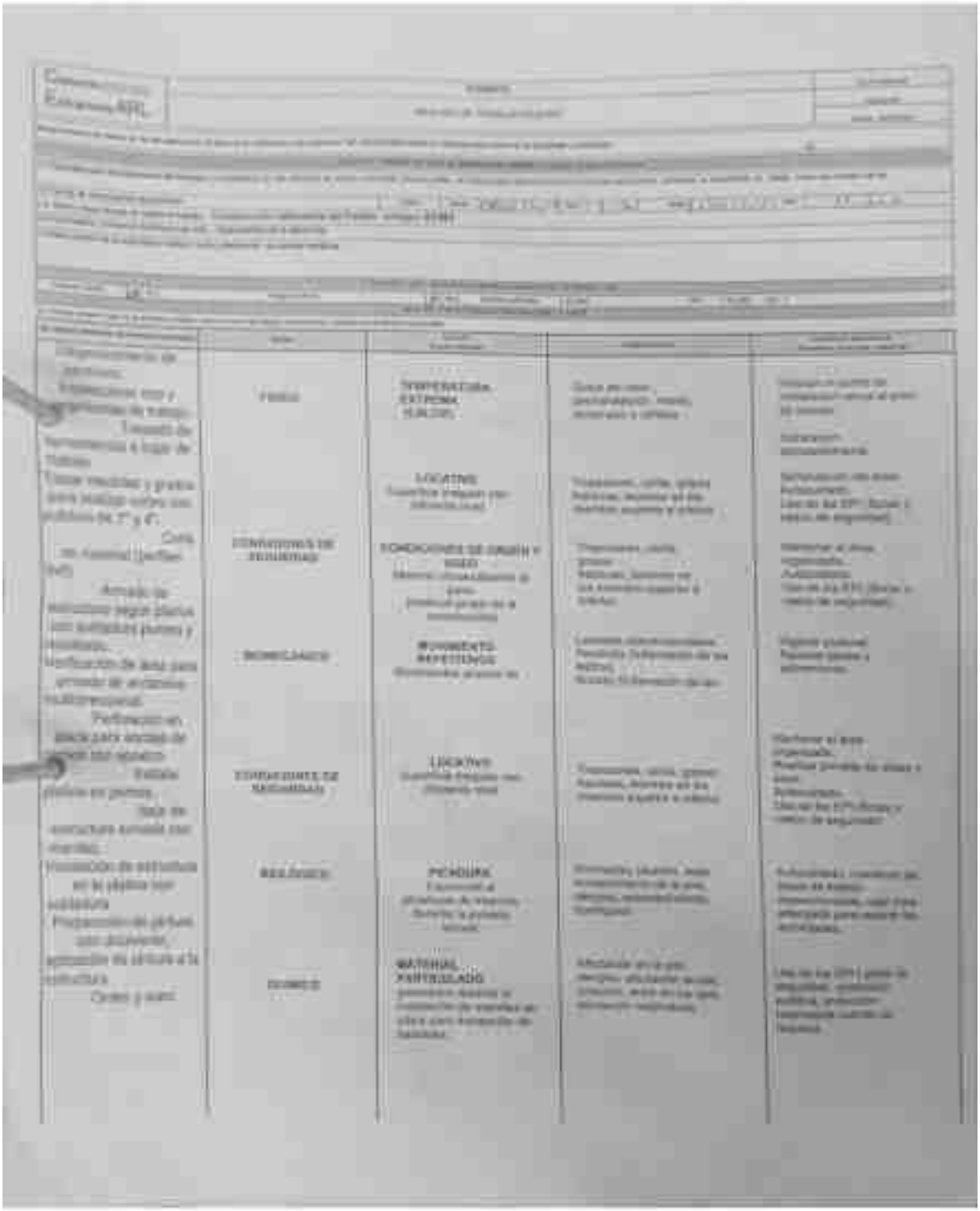
Scanned with OKEN Scanner



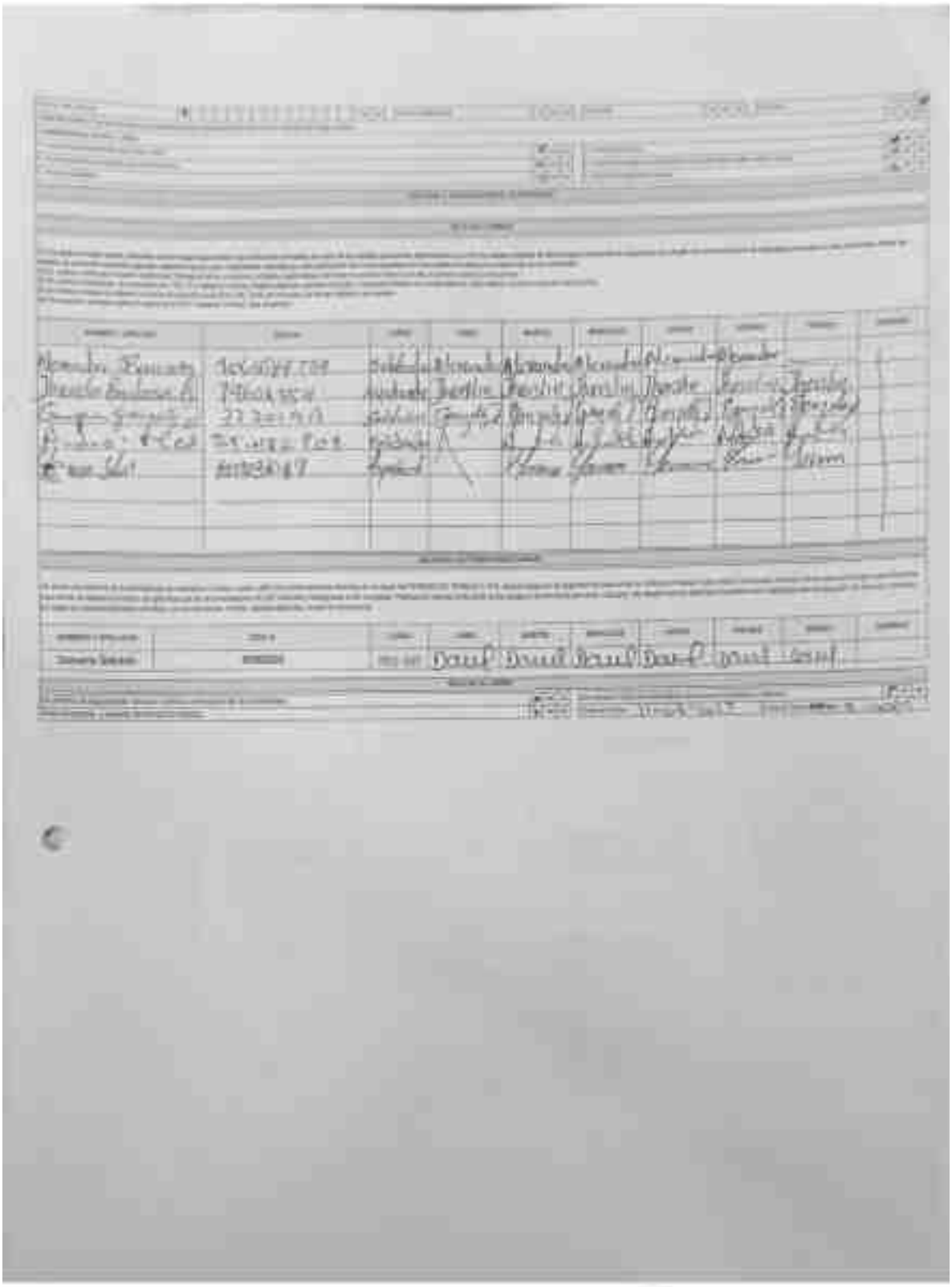
Scanned with OKEN Scanner



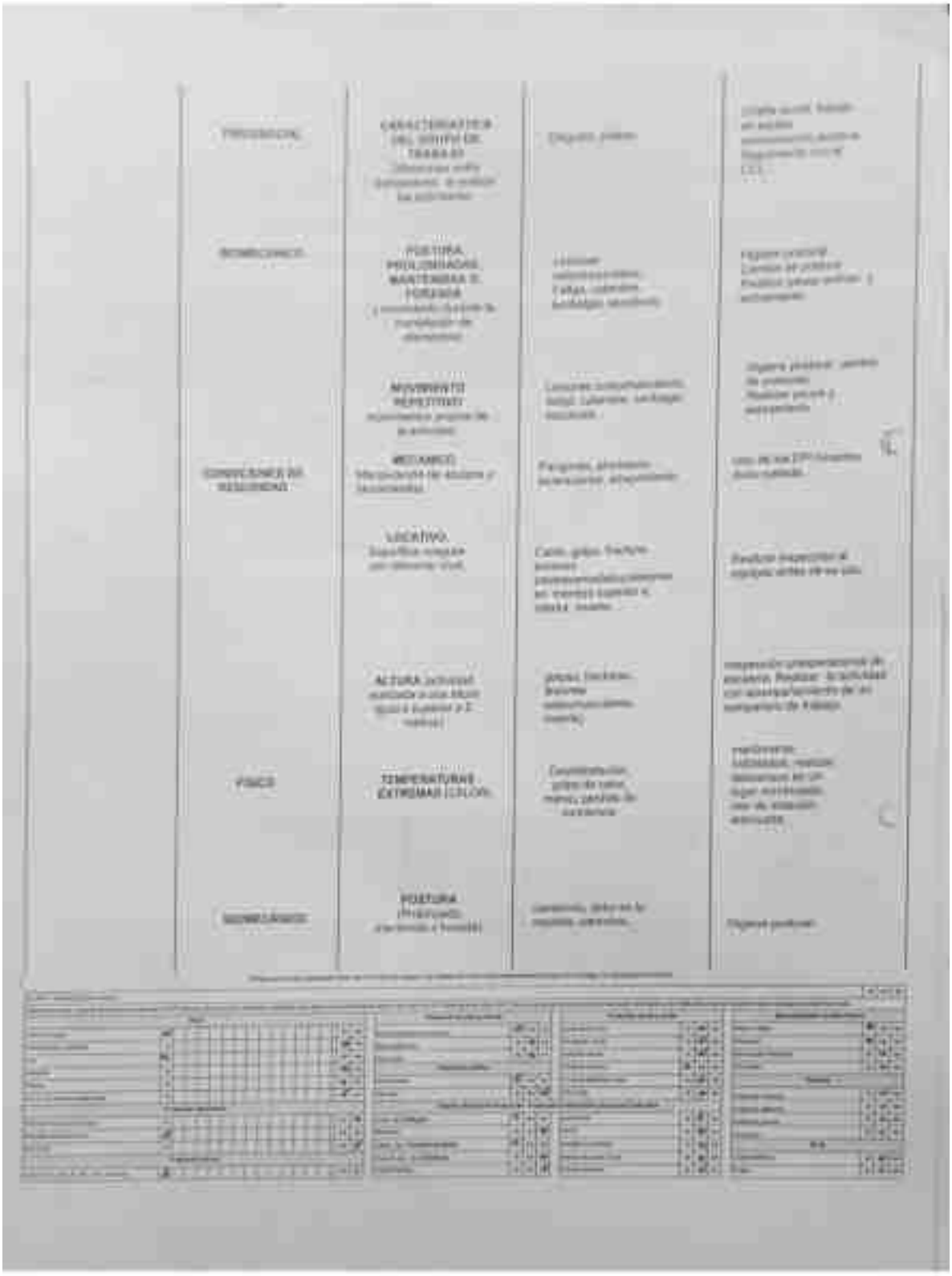
Scanned with OKEN Scanner



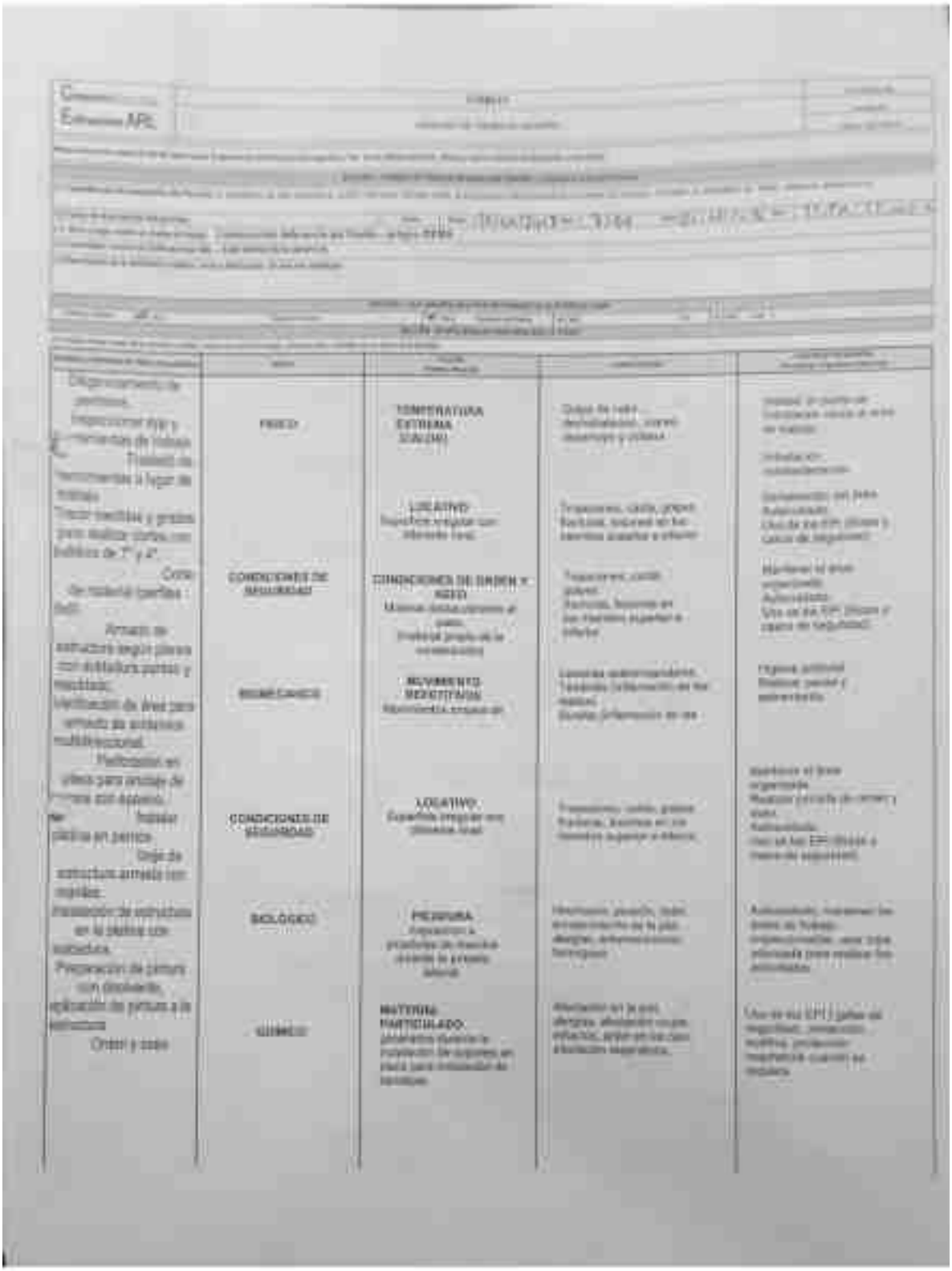
Scanned with OKEN Scanner



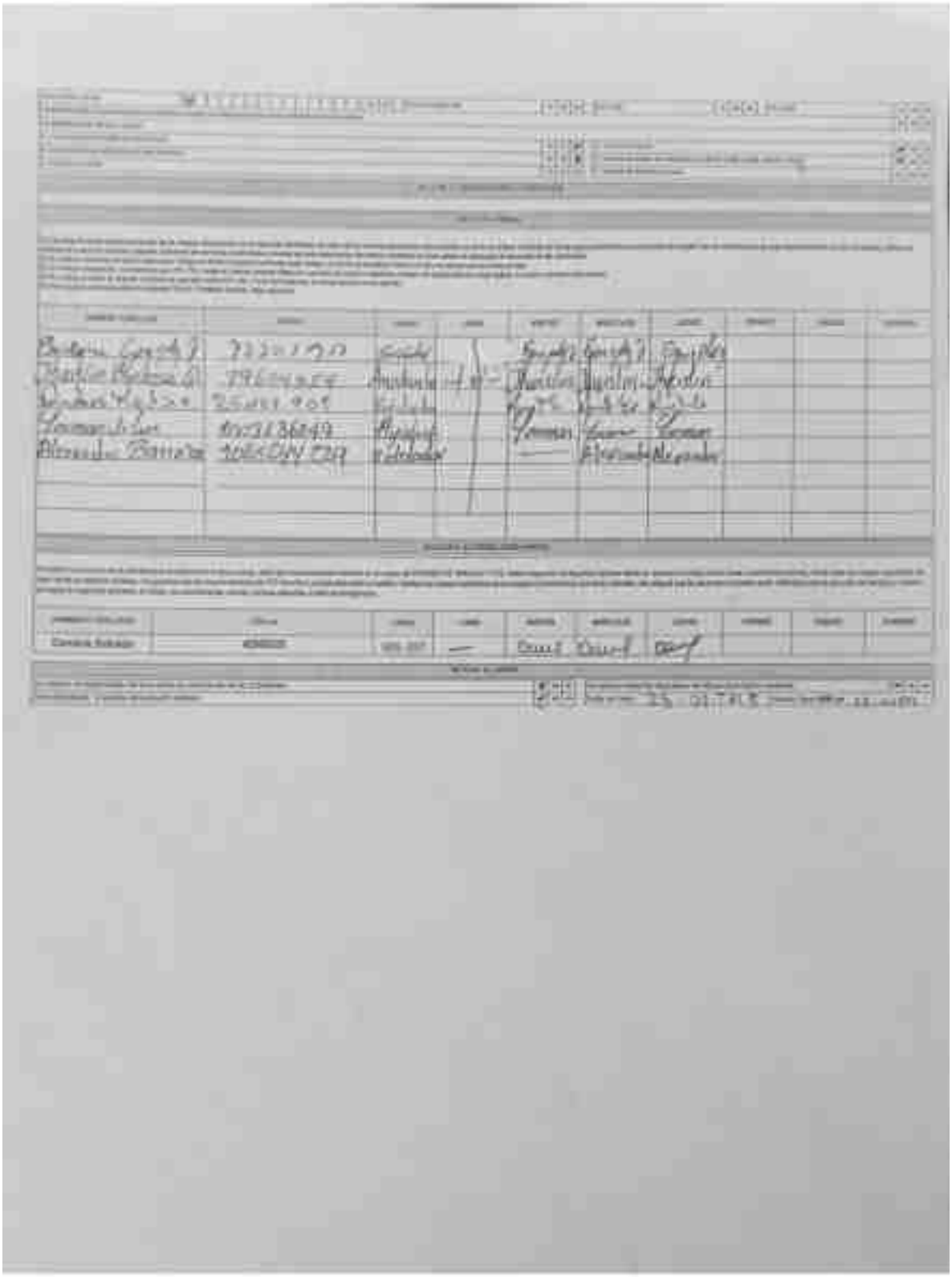
Scanned with OKEN Scanner



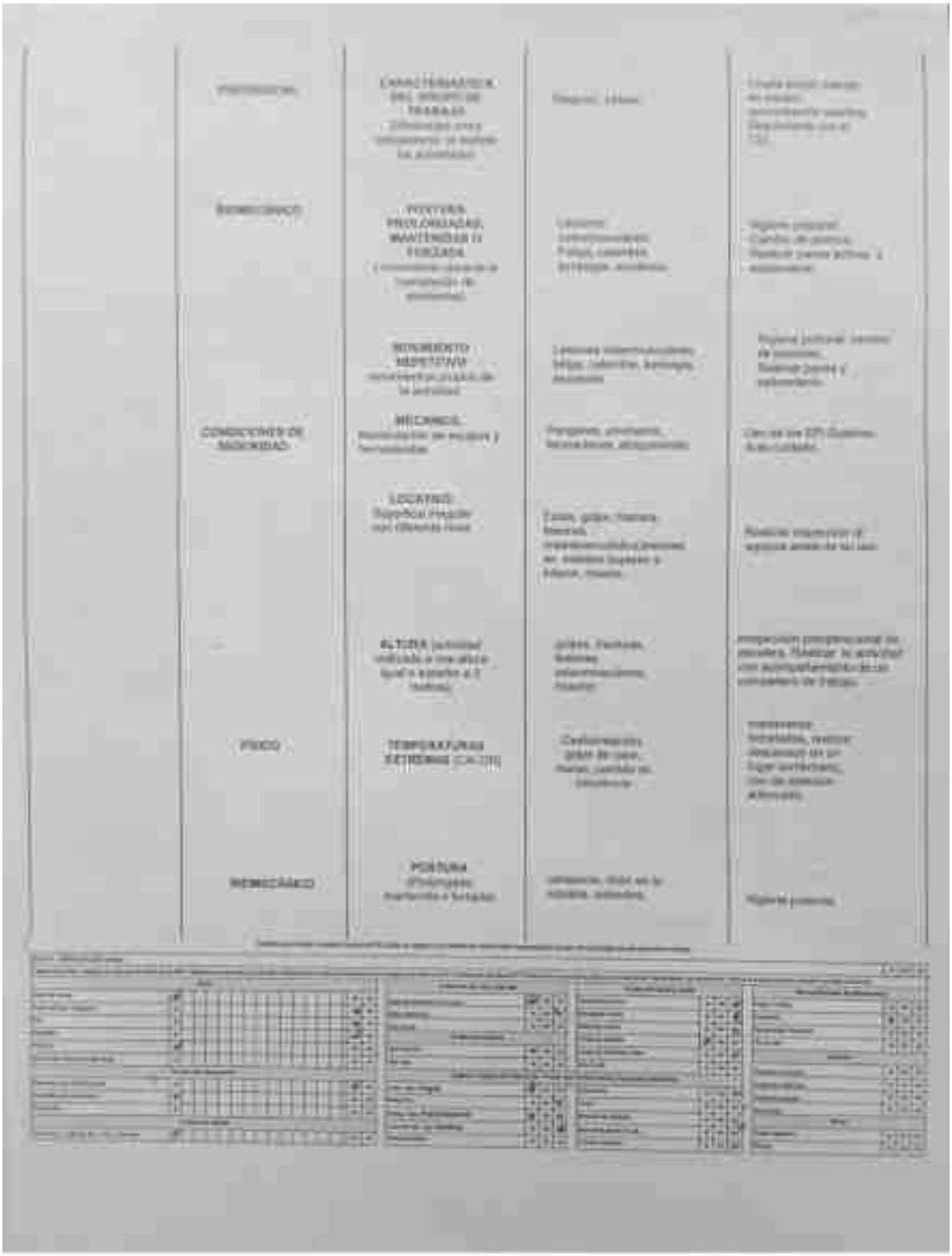
Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner



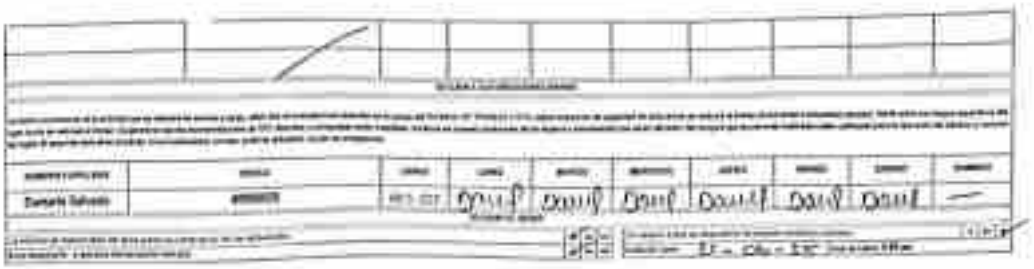
Scanned with OKEN Scanner



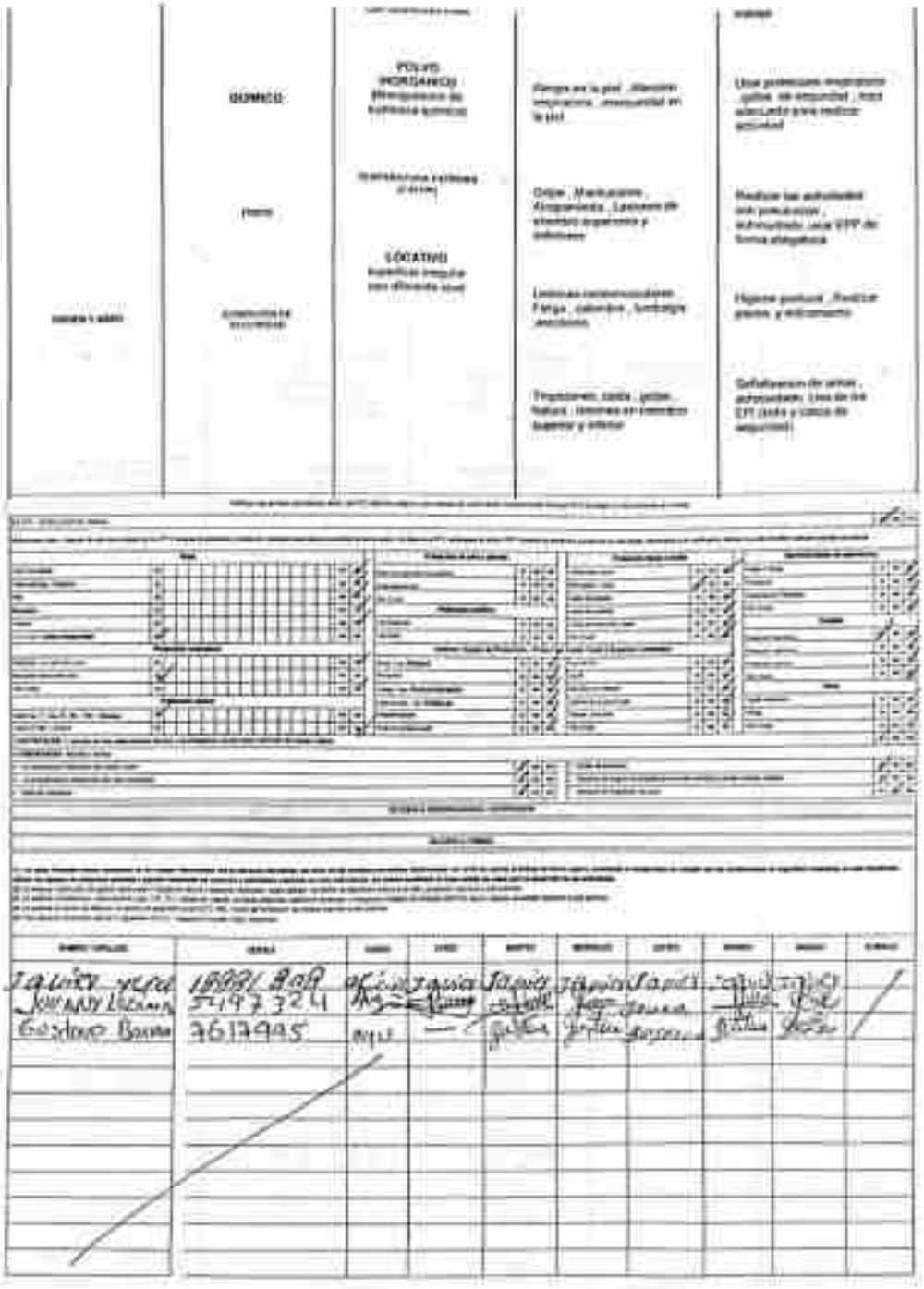
Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner



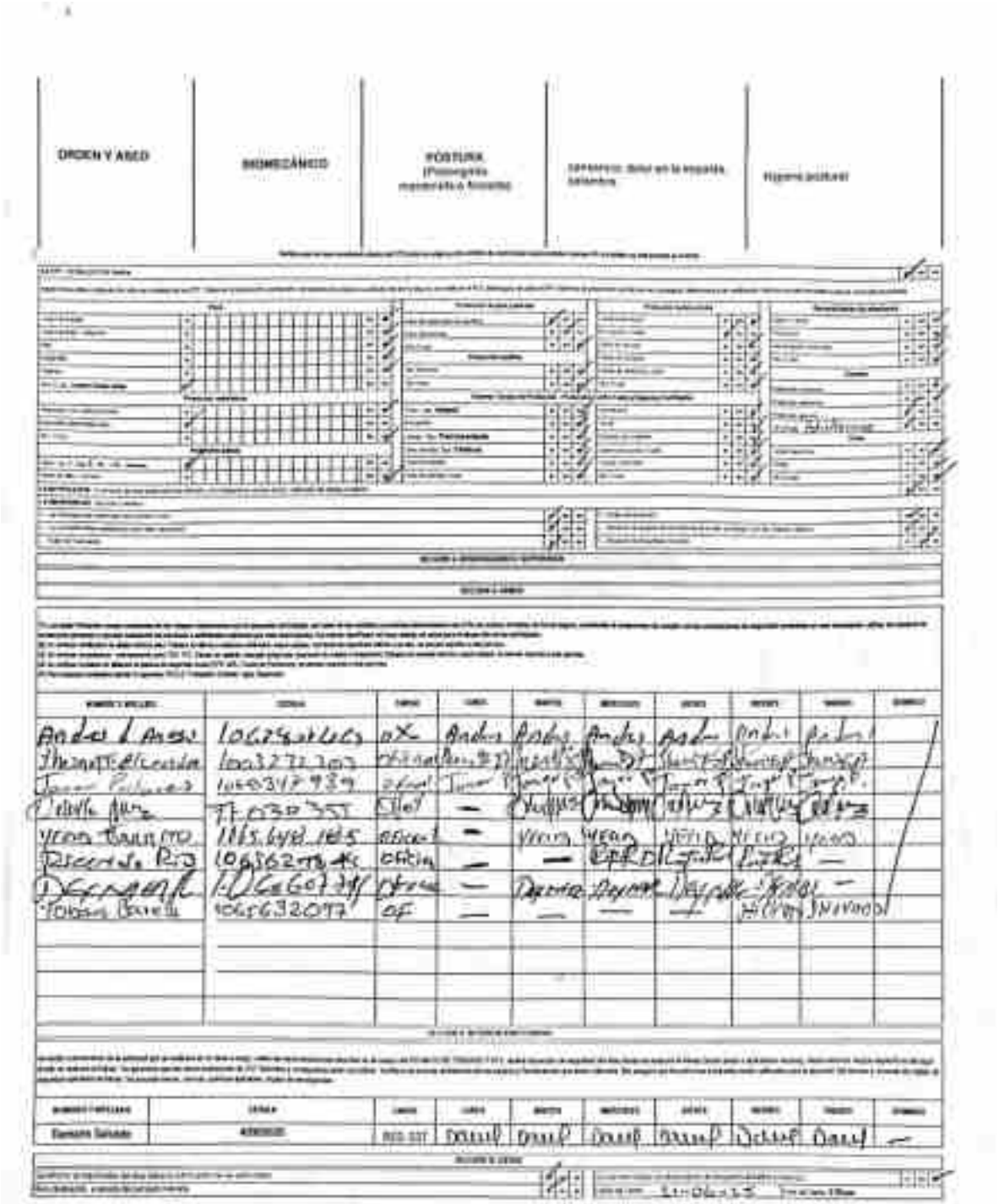
Powered by CamScanner

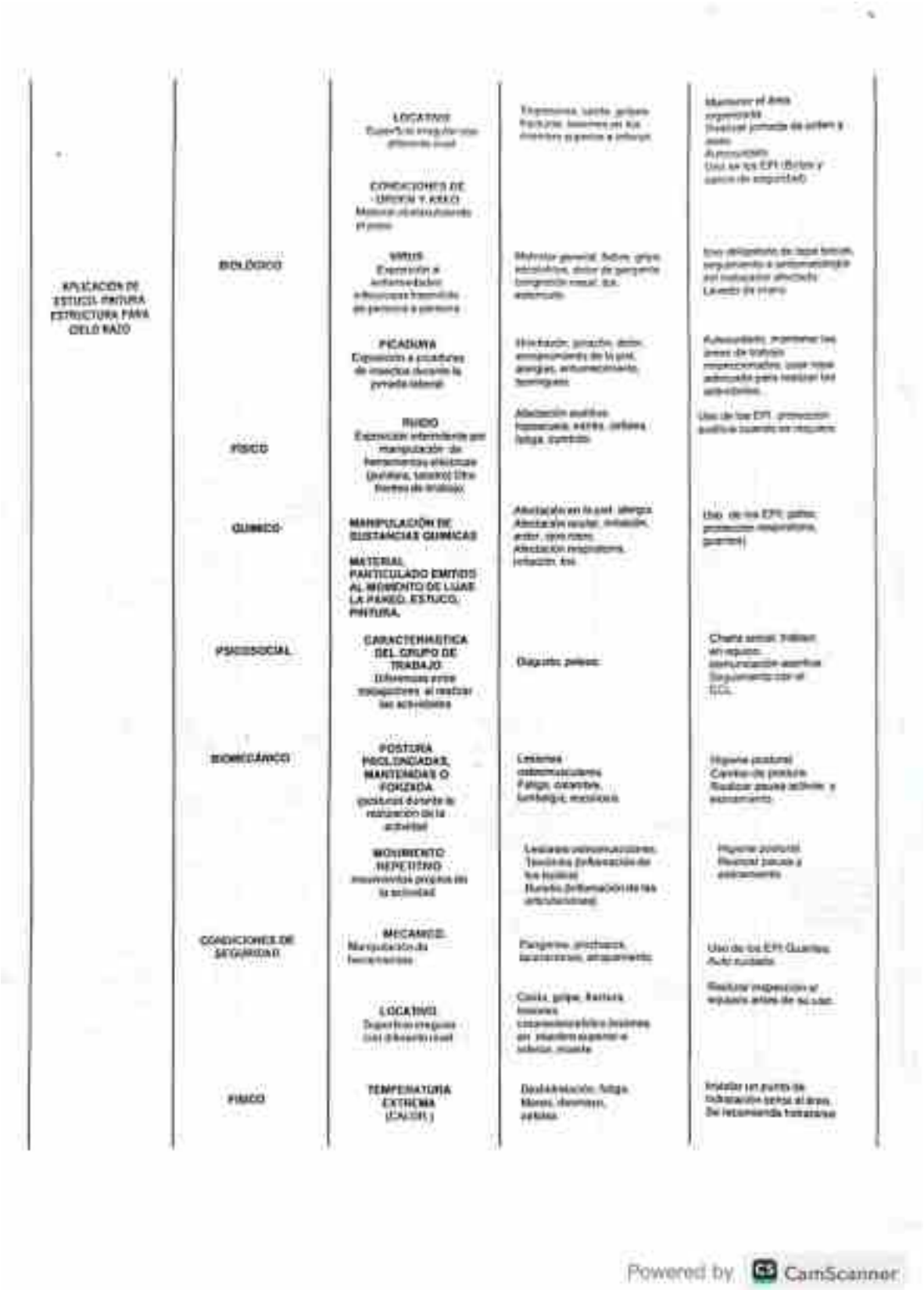


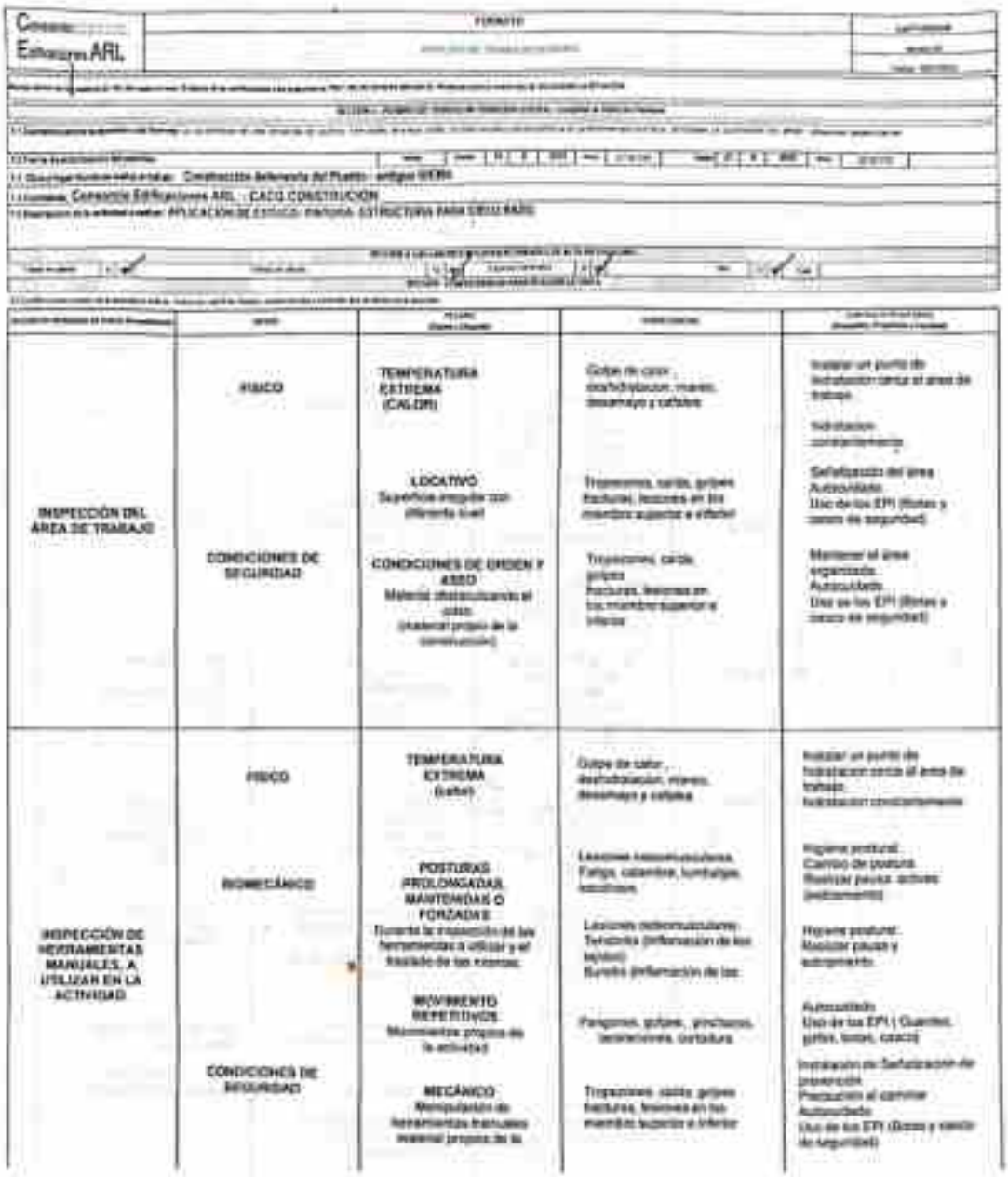
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

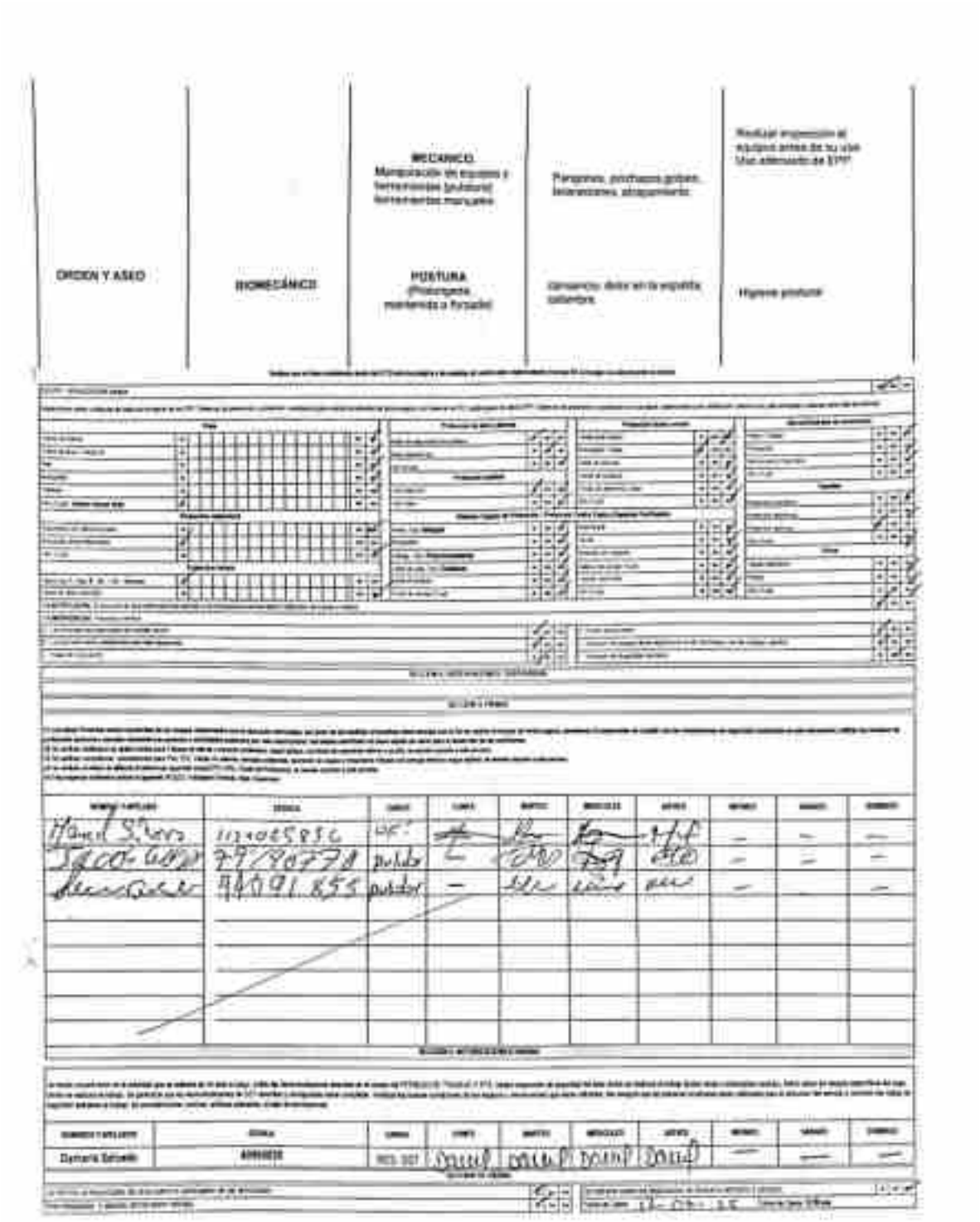

ORDEN Y ASEO
MECÁNICO
POSTURA
Powered by CamScanner



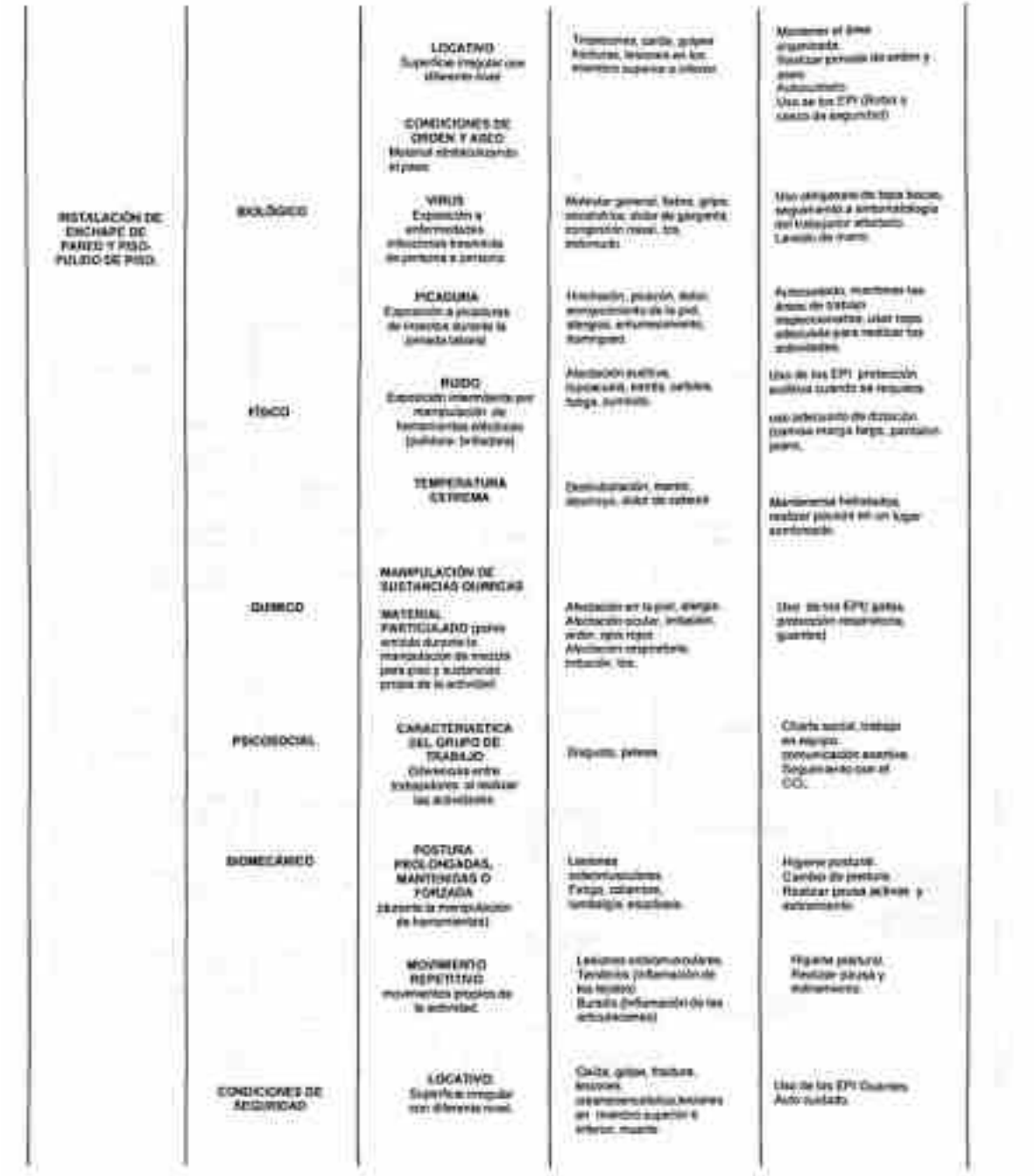


INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor , deshidratación, mareo, desmayo y cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al area de trabajo Hidratacion constantemente Señalizacion del area Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Traumatismo, caidas, golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso (material propio de la construcción)	Traumatismo, caidas, golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Mantener el area organizada Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (Calor)	Golpe de calor , deshidratación, mareo, desmayo y cefalea	Instalar un punto de hidratacion cerca al area de trabajo hidratacion constantemente
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspección de las herramientas a utilizar y el traslado de las mismas	Lesiones musculoesqueleticas, Fatiga, calambres, lumbalgia, escoliosis Lesiones osteomusculares: Tenosinitis (inflamación de los tejidos) Bursitis (inflamación de las	Higiene postural: Cambio de postura Realizar pausa activas (estiramiento) Higiene postural: Abordar pausa y estiramiento
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad	Parálgesias, golpes, pinchazos, laceraciones, contractura	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco)
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MECÁNICO Manipulación de herramientas manuales material propios de la	Traumatismo, caidas, golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Instalación de Señalización de prevención Precaución al caminar Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)

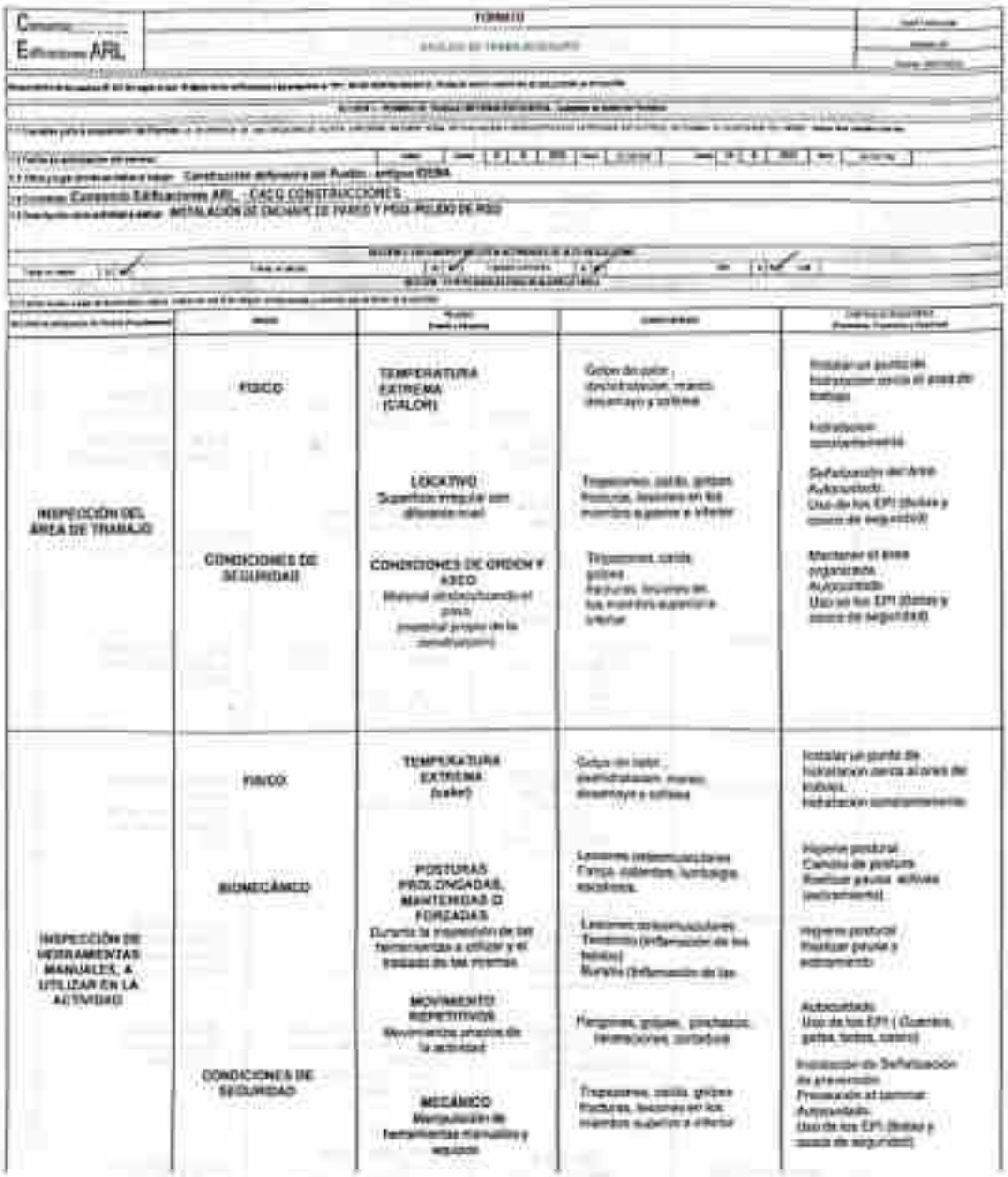
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

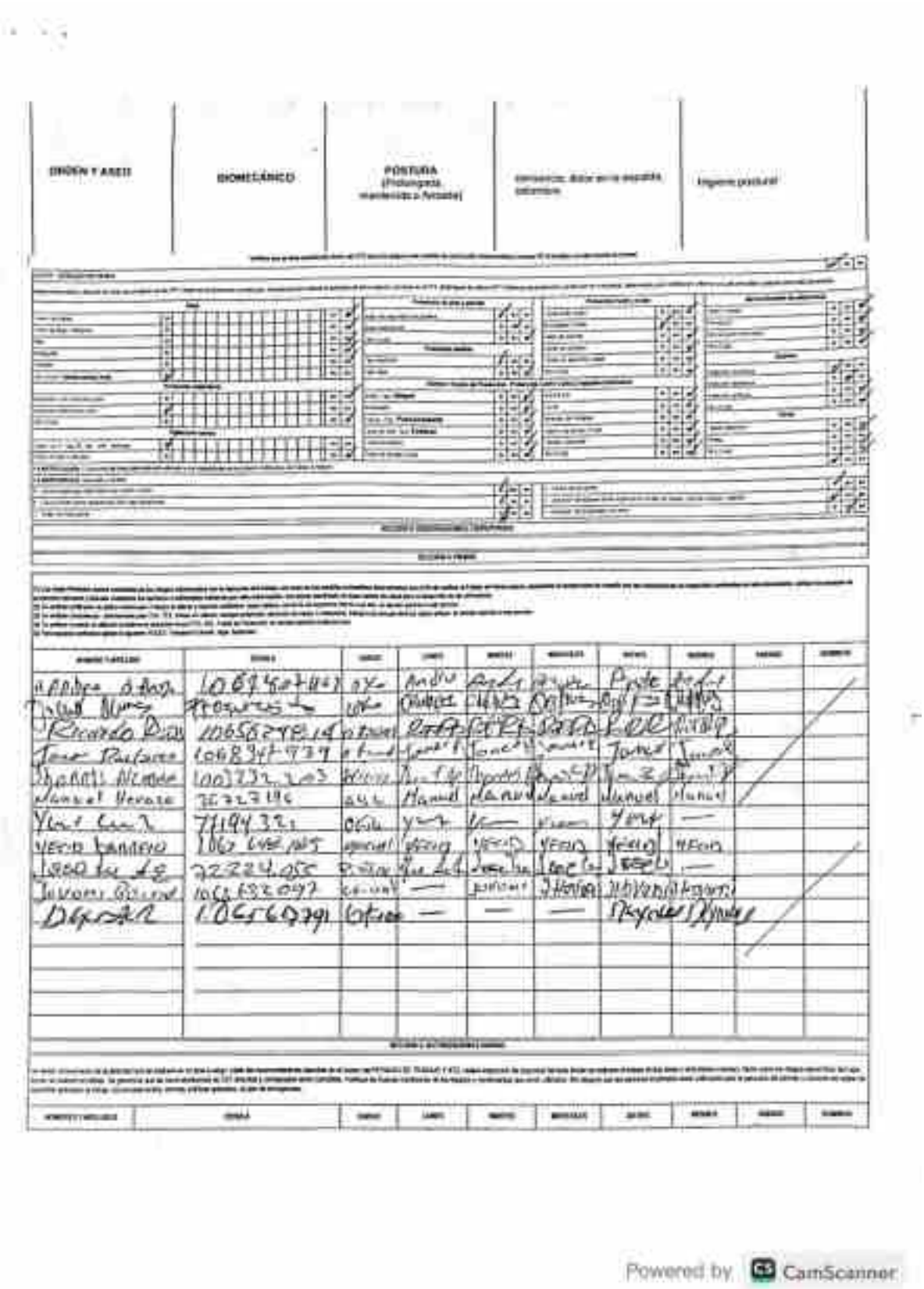


INSPECCIÓN DEL AREA DE TRAMAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor, deshidratacion, mareo, desmayo y asfixia	Instalar un punto de hidratacion cerca al area de trabajo Hidratacion constantemente
	LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel		Tropezones, caidas, golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Señalizacion del area Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material almacenado en el piso (material propio de la construccion)	Tropezones, caida golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Mantener el area organizada Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (calor)	Golpe de calor, deshidratacion, mareo, desmayo y asfixia	Instalar un punto de hidratacion cerca al area de trabajo. Hidratacion constantemente
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la manipulacion de las herramientas a utilizar y el trabajo de las mismas	Lesiones osteomusculares Fatiga, dolientes, lumbalgia, escoliosis. Lesiones osteomusculares Tendinitis (inflamacion de los tendon) Bursitis (inflamacion de las	Higiene postural Cambio de postura Realizar pausa activas (estiramiento) Higiene postural Realizar pausa y estiramiento
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad MECÁNICO Manipulación de herramientas manuales y equipos	Hematomas, golpes, contusiones, laceraciones, cortaduras Tropezones, caidas, golpes fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco) Inspeccion de Señalizacion de preventiv Precaución al caminar Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

APLICACIÓN DE ESTUCO- PINTURA ESTRUCTURA PARA CIELO RAZO		LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Torceduras, caídas, golpes Fracturas, lesiones en los miembros superior e inferior	Mantener el área organizada Realizar pausas de orden y aseo Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material almacenado/puesto al paso		
	BIOLÓGICO	VIRUS Exposición a enfermedades infecciosas transmitida de persona a persona	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos, estornudo	Uso obligatorio de tapa bocas, respetando el aislamiento social. Lavado de manos
		PICADURA Exposición a picaduras de insectos durante la jornada laboral	Inflamación, picazón, dolor, enrojecimiento de la piel, alergias, envenenamiento, hormigueo	Autocuidado, mantener las áreas de trabajo organizadas, usar ropa adecuada para realizar las actividades
	FÍSICO	RUIDO Exposición intermitente por manipulación de herramientas eléctricas (pulidora, taladro) Otros frentes de trabajo	Afectación auditiva, hipoacusia, estrés, cefalea, fatiga, aumento	Uso de los EPI protección auditiva cuando se requiera
	QUÍMICO	MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	Afectación en la piel, alergia Afectación ocular, irritación, ardor, ojos rojos, afectación respiratoria irritación, tos	Uso de los EPI, gafas, protección respiratoria, guantes
		MATERIAL PARTICULADO EMITIDO AL MOMENTO DE LIJAR LA PARED, ESTUCO, PINTURA.		
	PSICOSOCIAL	CARACTERISTICA DEL GRUPO DE TRABAJO Diferencias entre trabajadores al realizar las actividades	Disgusto, peleas	Charla social, trabajo en equipo comunicación asertiva Seguimiento con el COL
	BIOMECÁNICO	POSTURA PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADA (posturas durante la realización de la actividad	Lesiones osteomusculares Fatiga, calambre lumbalgia, escoliosis,	Higiene postural Cambio de postura Realizar pausas activas y estiramiento
		MOVIMIENTO REPETITIVO movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares Tendinitis (Inflamación de los tendón) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural Realizar pausa y estiramiento
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MECANICO Manipulación de herramientas	Rasgones, pinchazos, laceraciones, atrapamiento	Uso de los EPI Guantes Auto cuidado.
		LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Caídas, golpe, fractura, lesiones Musculoesqueléticas lesiones en miembro superior e inferior, esguince	Realizar inspección al equipos antes de su uso
	FÍSICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Deshidratación, fatiga, Mareo, desmayo, cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área de herramienta hidratarse

Powered by CamScanner

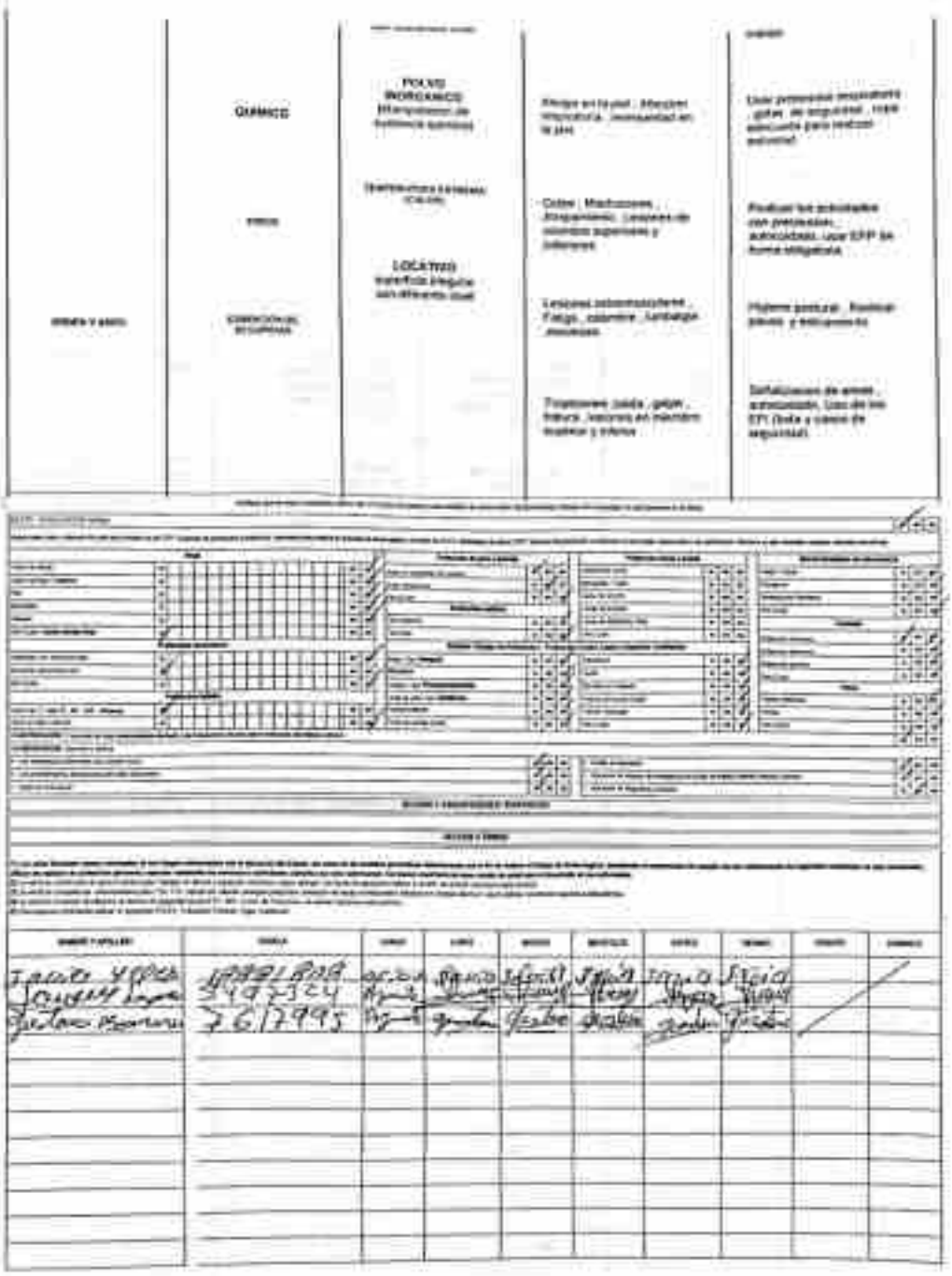


INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor, deshidratación, mareo, desmayos y cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al area de trabajo. hidratación constantemente
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO Superficie resbalosa con diferente nivel	Traumatismo, caida, golpes fracturas, lesiones en los cuerpos superior e inferior	Señalizacion del area. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material desordenado en el piso material propio de la construccion	Traumatismo, caida, golpes fracturas, lesiones en los cuerpos superior e inferior	Mantener el area organizada. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (calor)	Golpe de calor, deshidratacion, mareo, desmayos y cefalea	Instalar un punto de hidratacion cerca al area de trabajo. hidratacion constantemente
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspeccion de las herramientas a utilizar y el traslado de las mismas	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, esguinces	Higiene postural. Cambio de postura Realizar pausas activas (estiramiento)
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (inflamacion de los tendon) Bursitis (inflamacion de los	Higiene postural Realizar pausa y estiramiento.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MECÁNICO Manipulacion de herramientas manuales material propios de la	Hundimiento, golpes, pinchazos, laceraciones, contusiones	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco)
			Traumatismo, caida, golpes fracturas, lesiones en los cuerpos superior e inferior	Instalacion de Señalizacion de prevencion Precaucion al caminar Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)

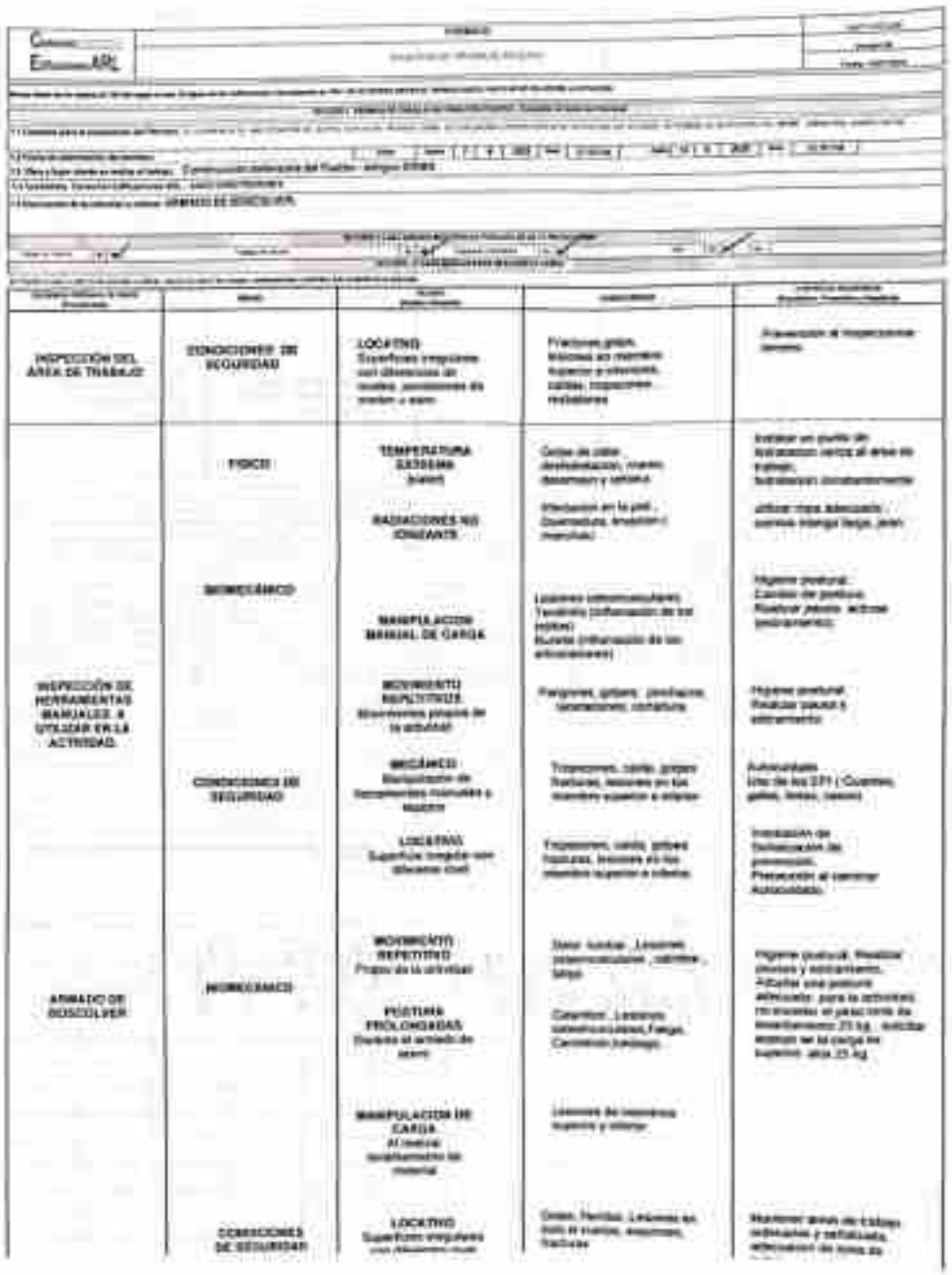
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



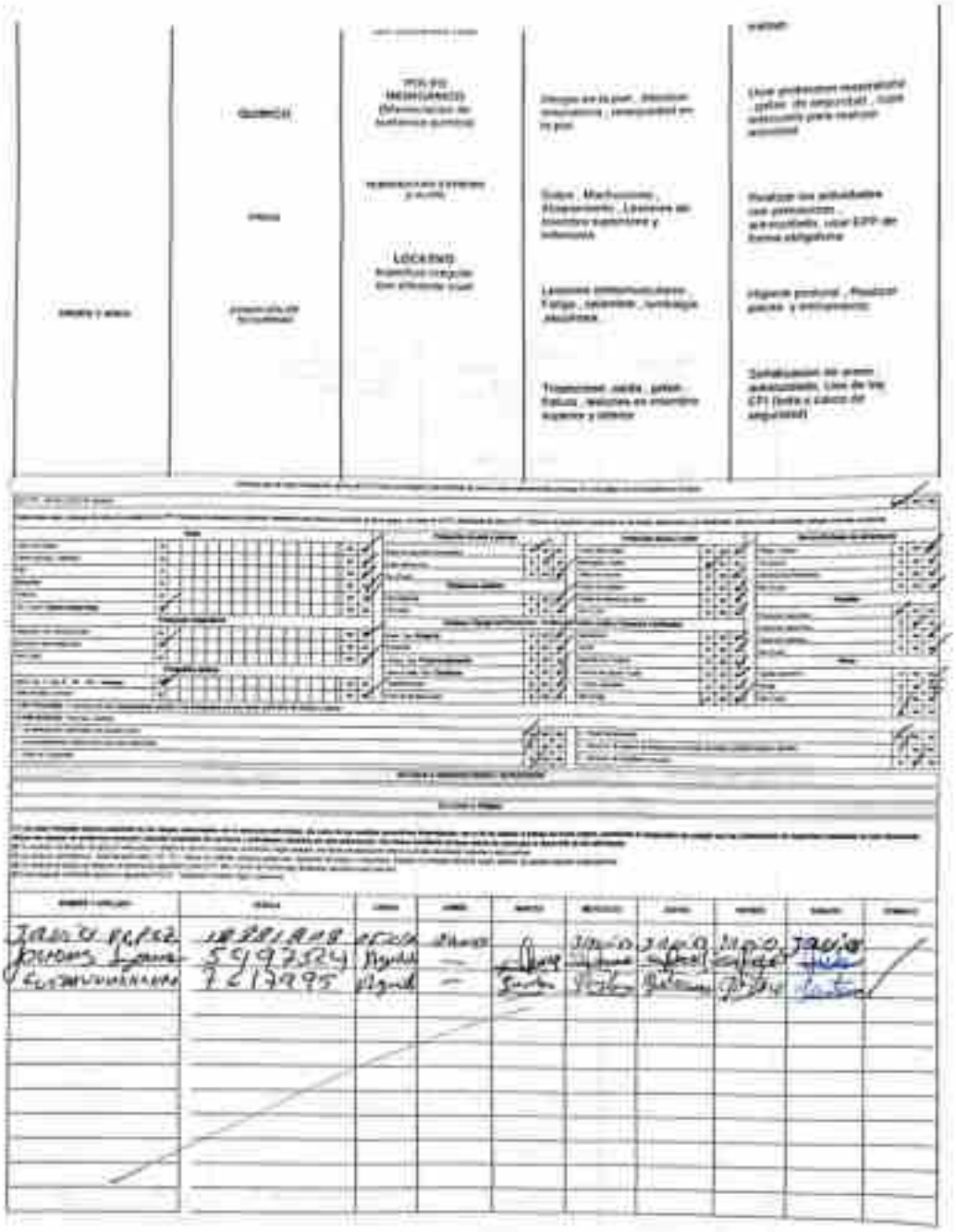
Powered by CamScanner



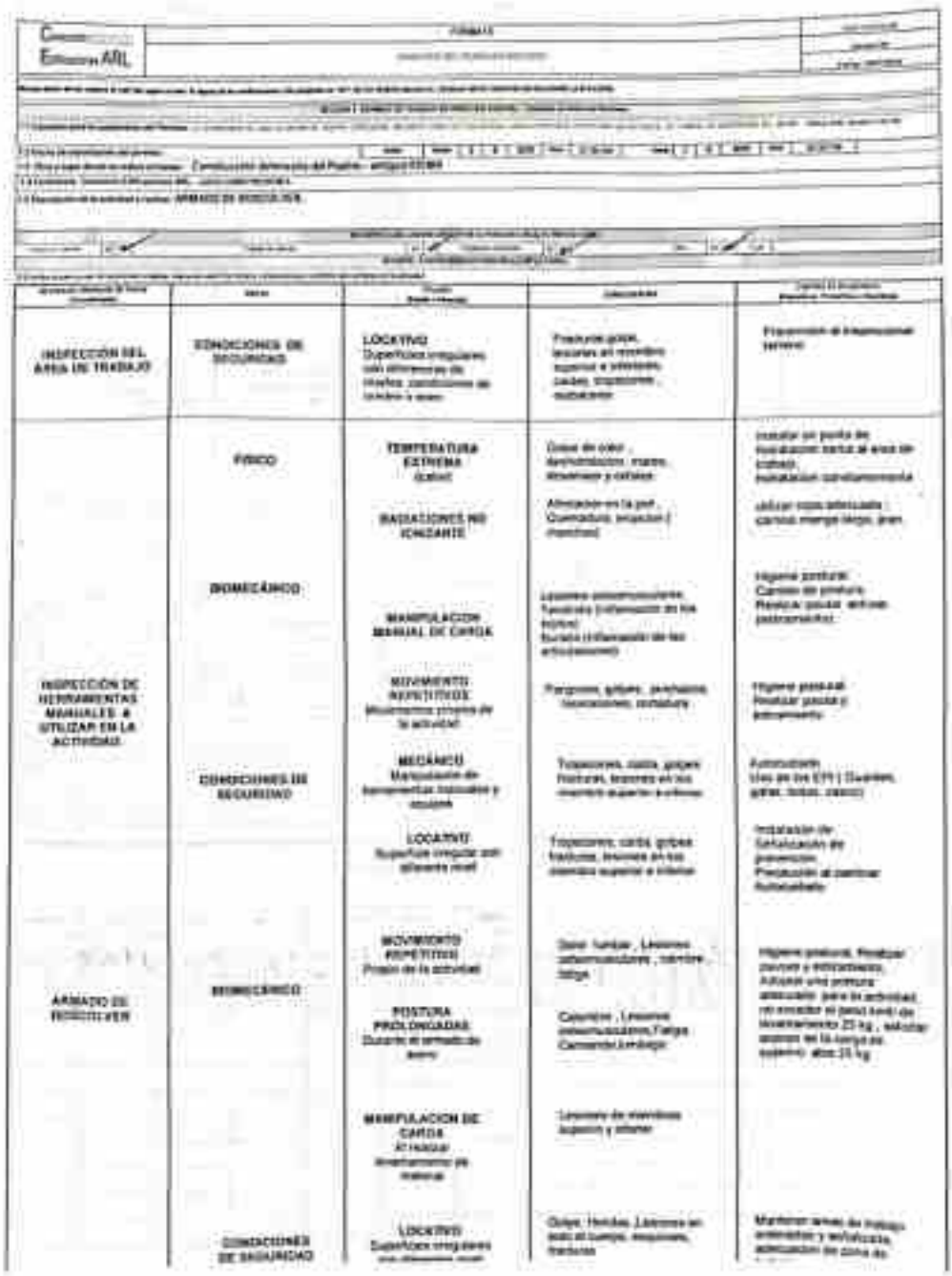
Powered by CamScanner



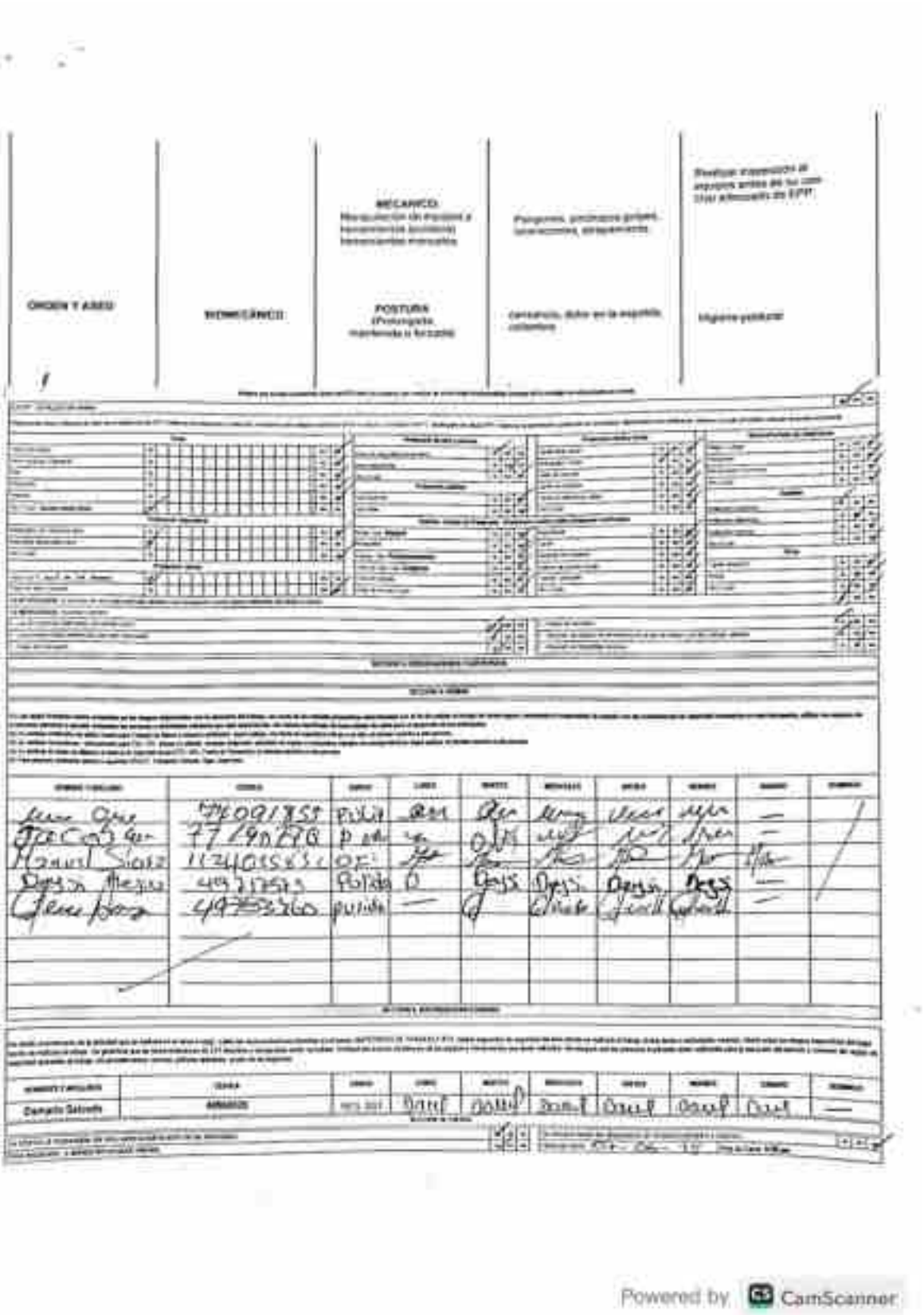
Powered by CamScanner



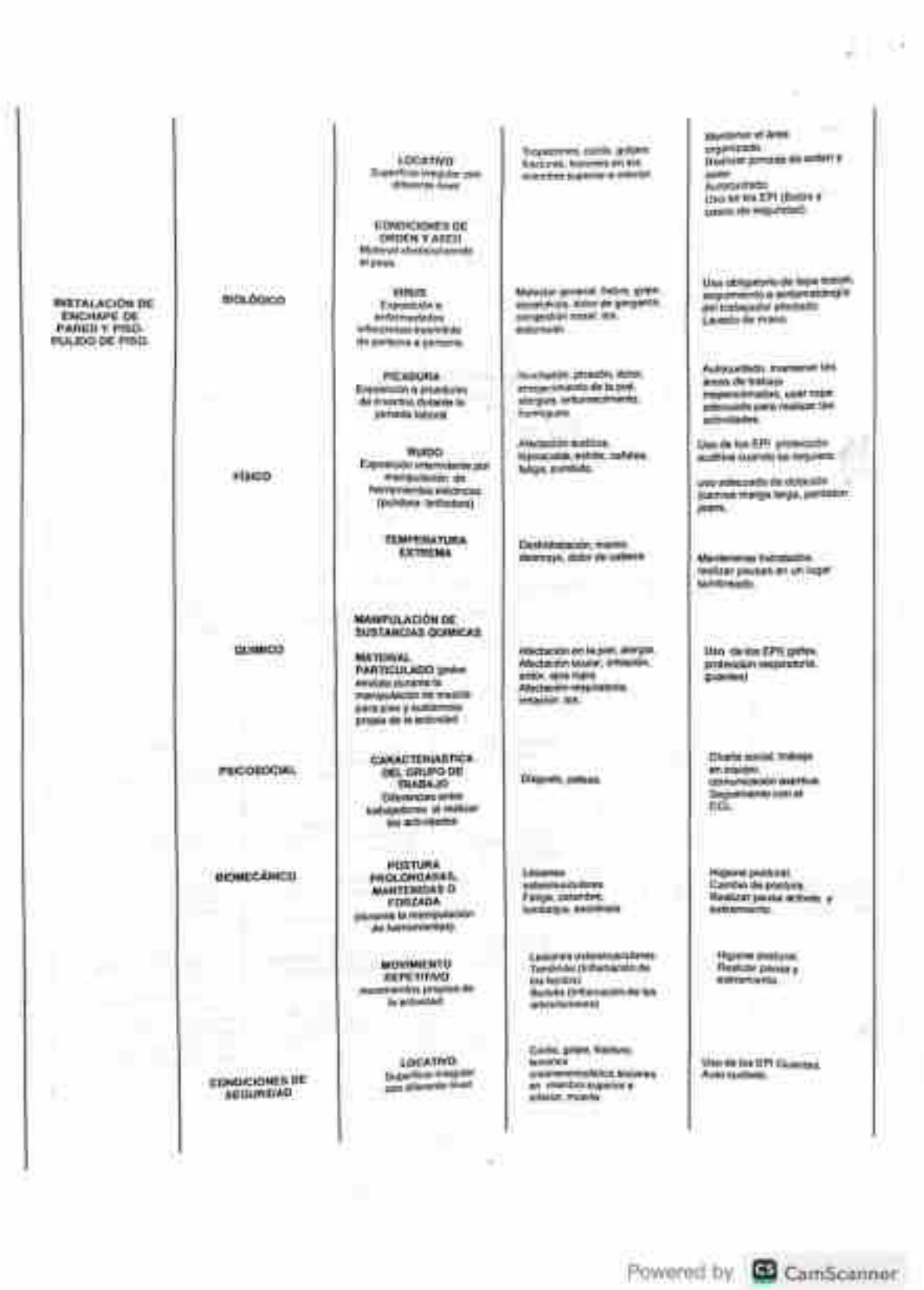
Powered by CamScanner



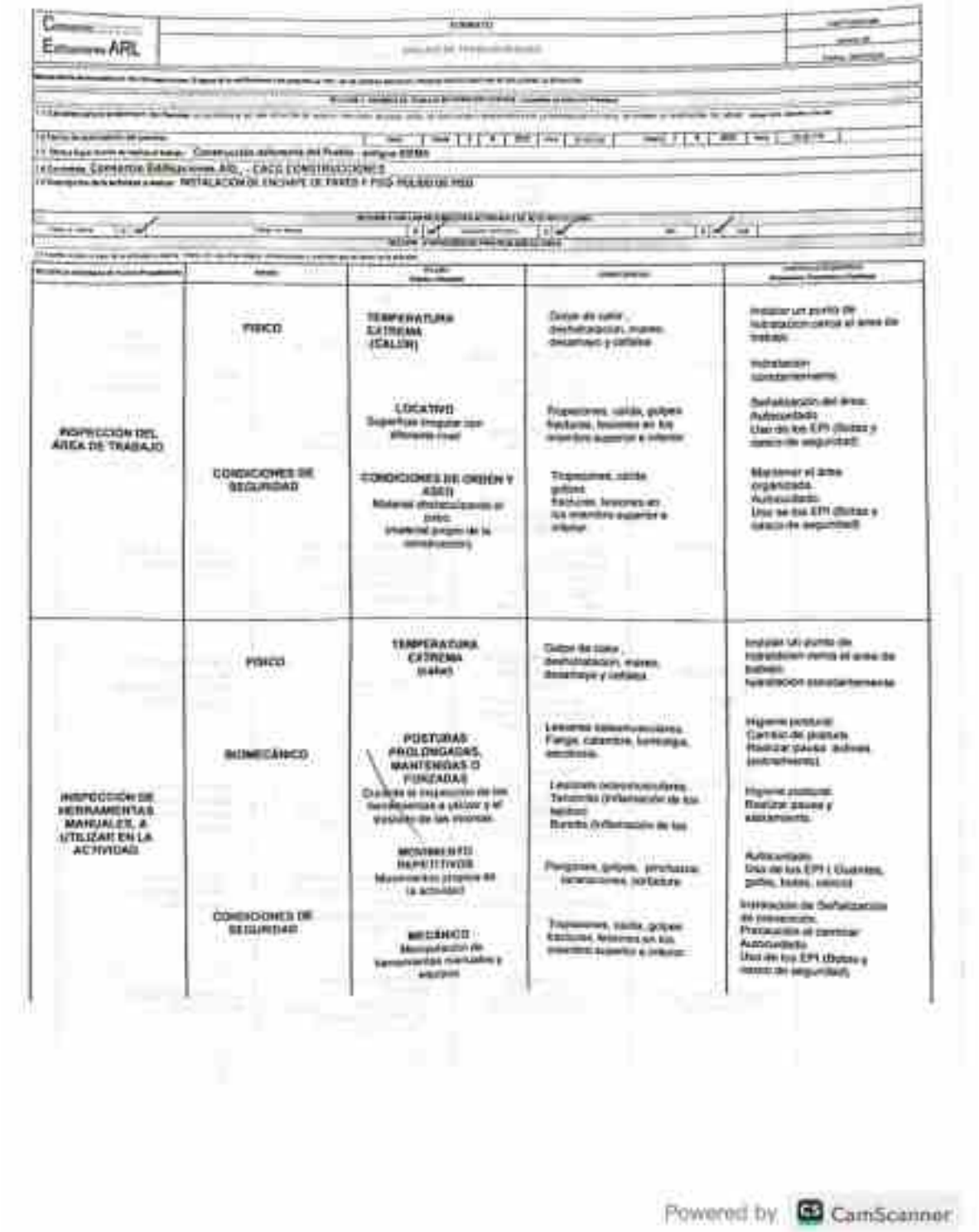
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



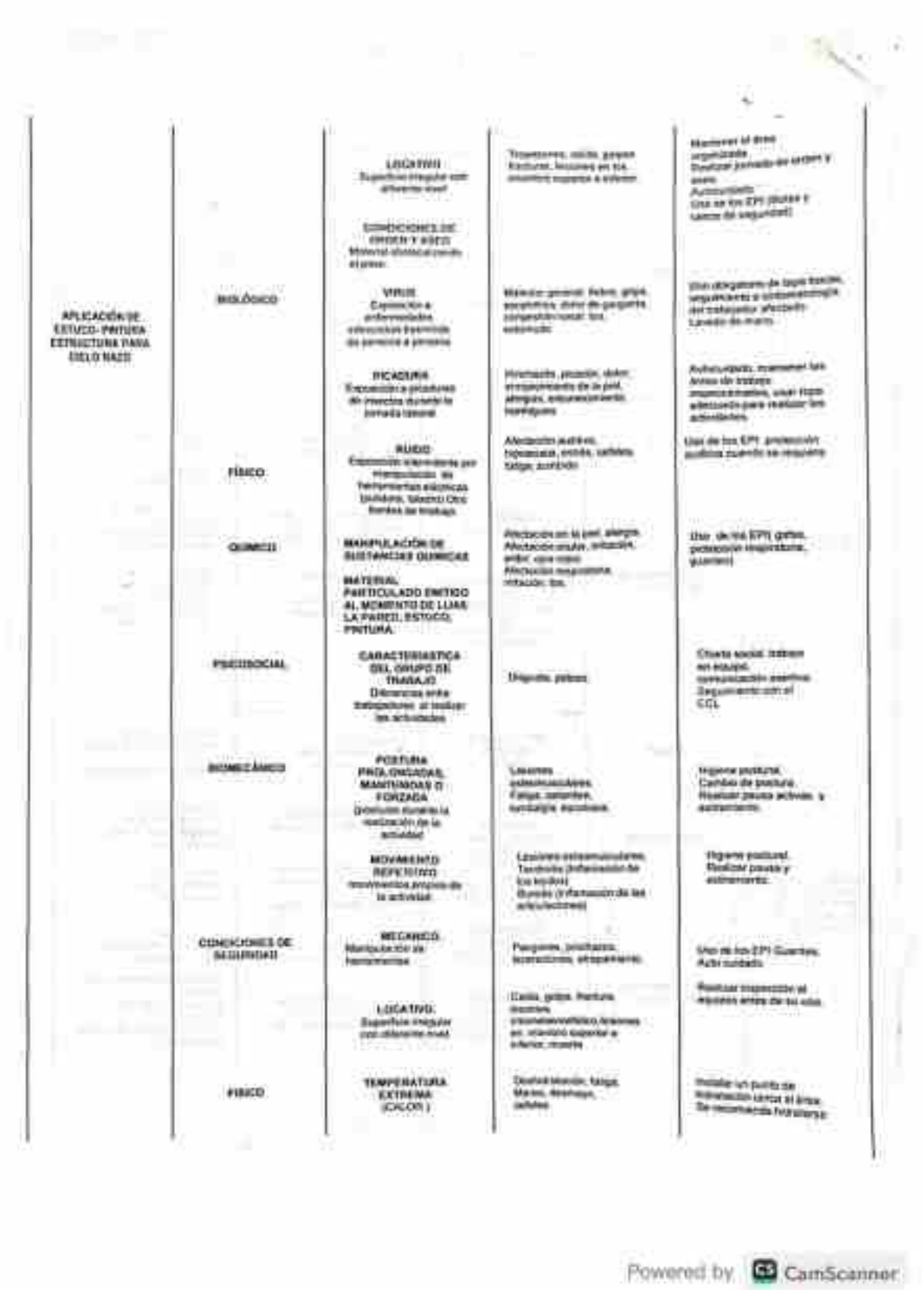
Powered by CamScanner

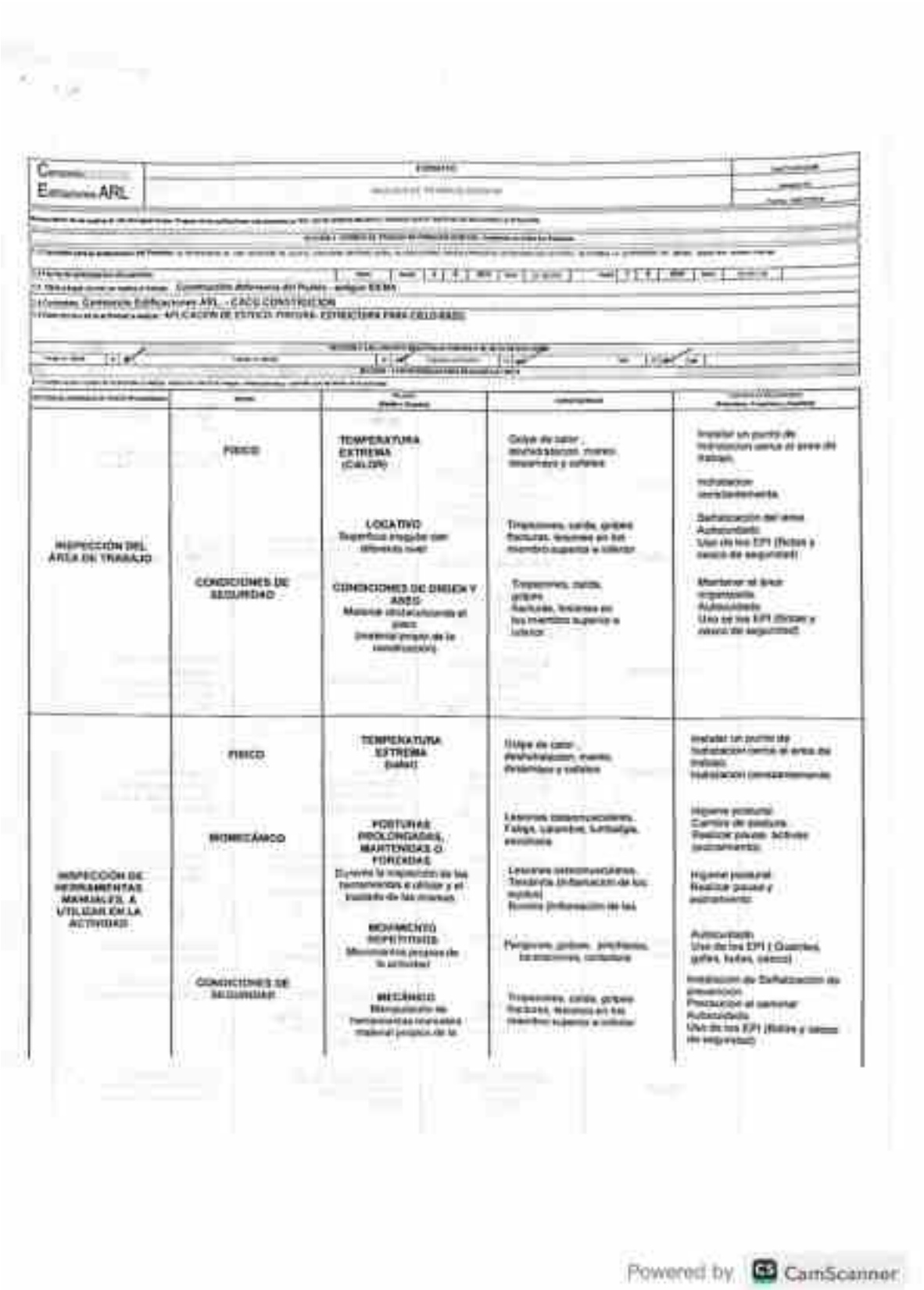


Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

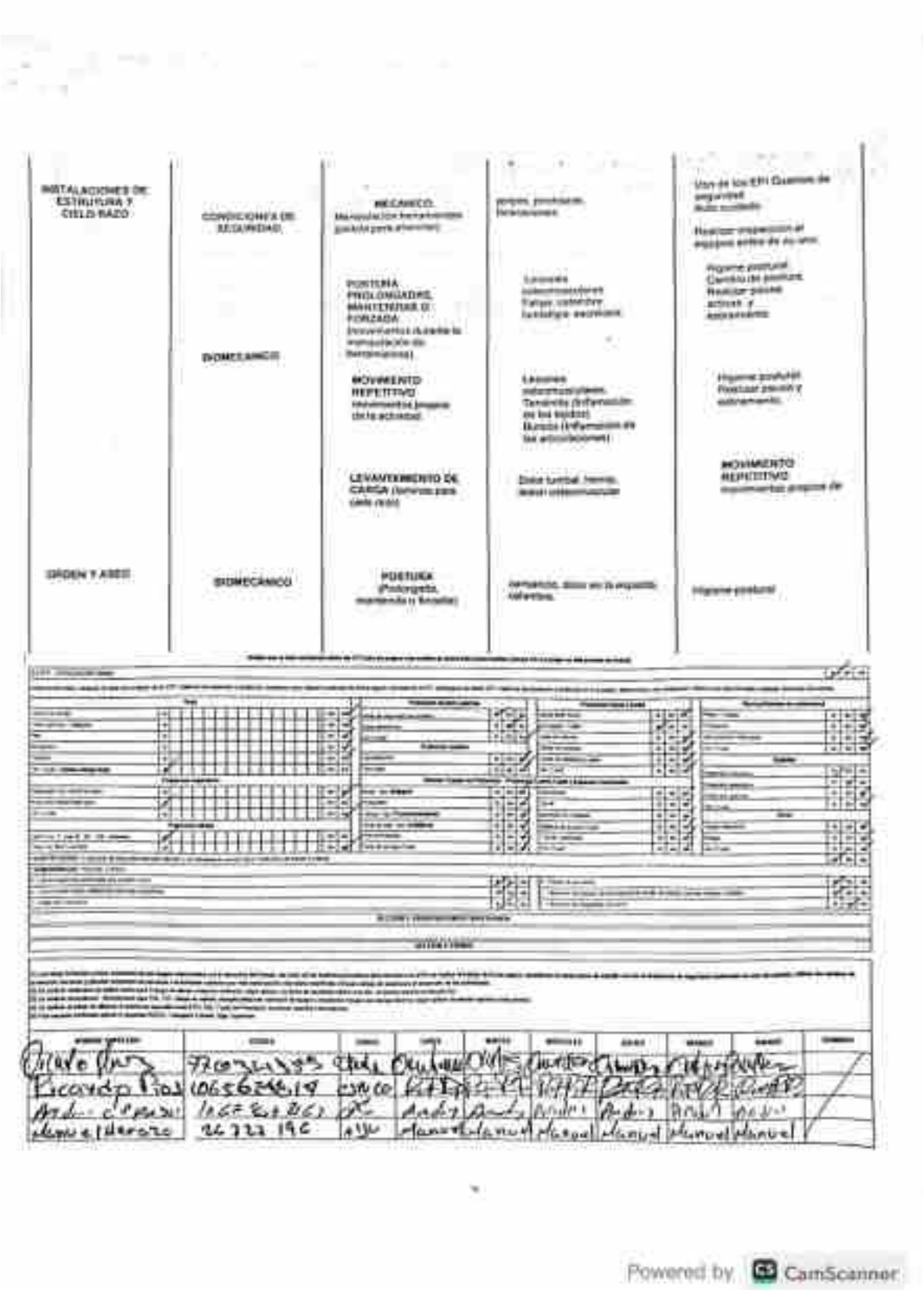




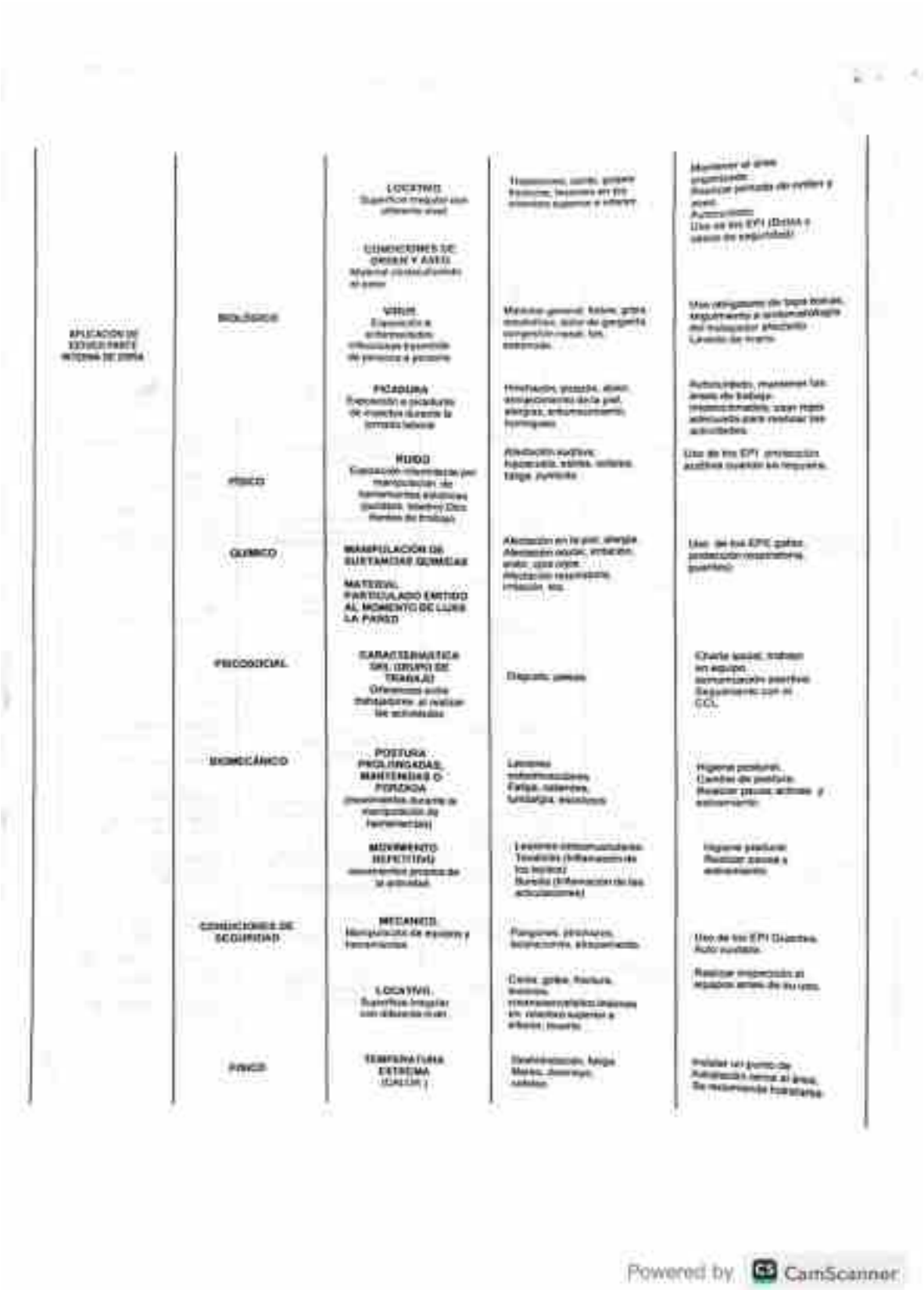
Powered by CamScanner



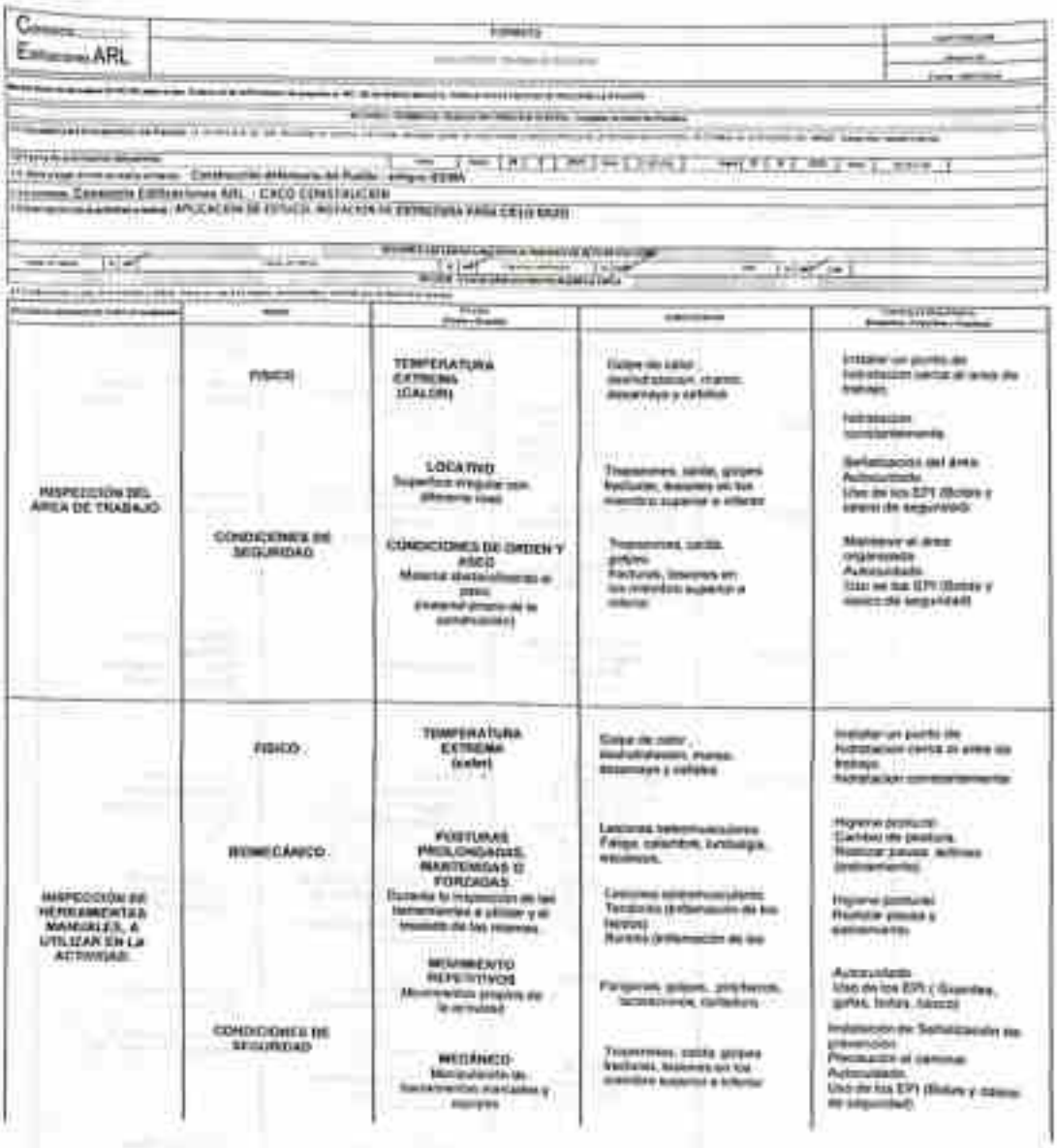
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



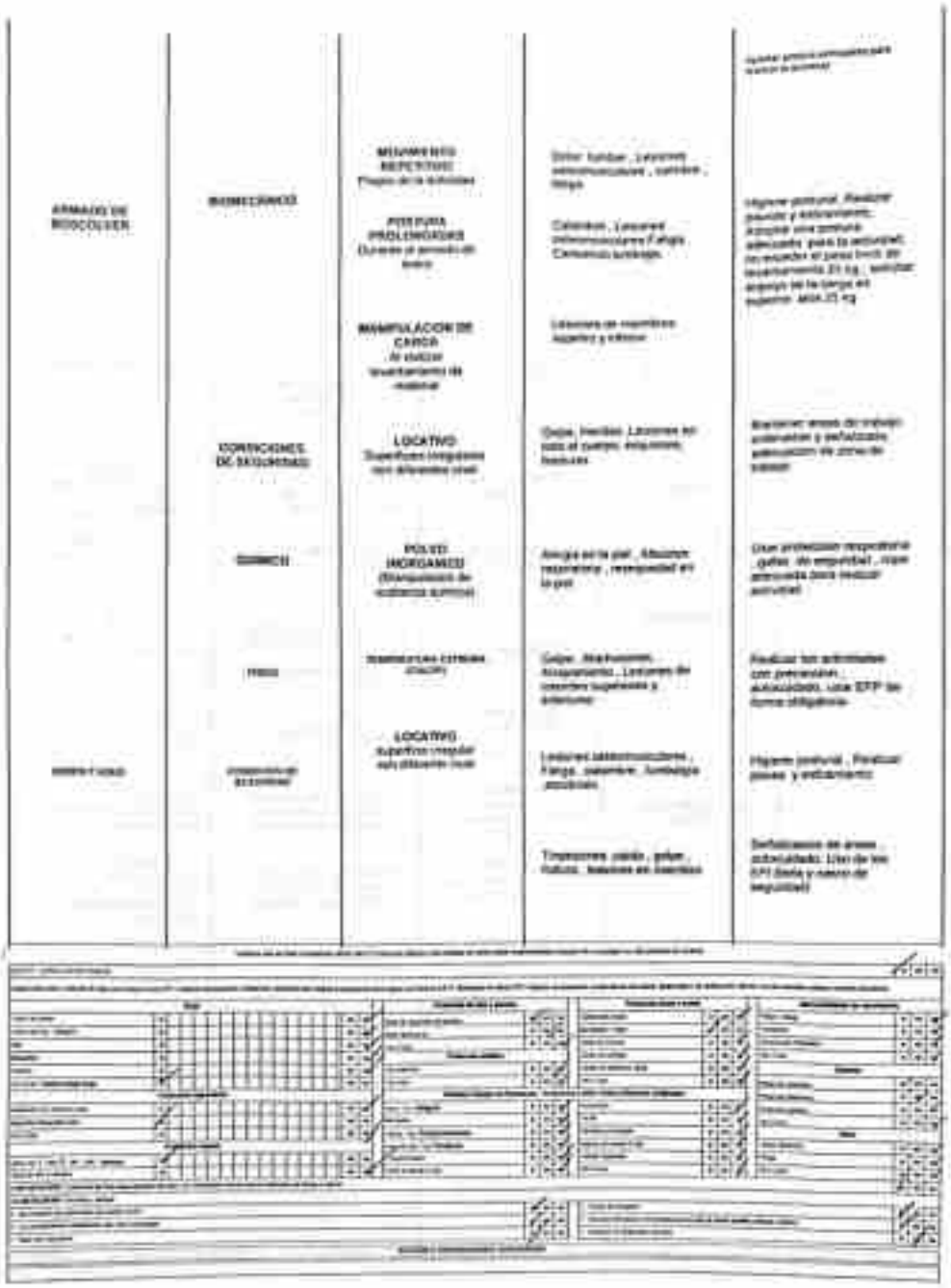
Powered by CamScanner



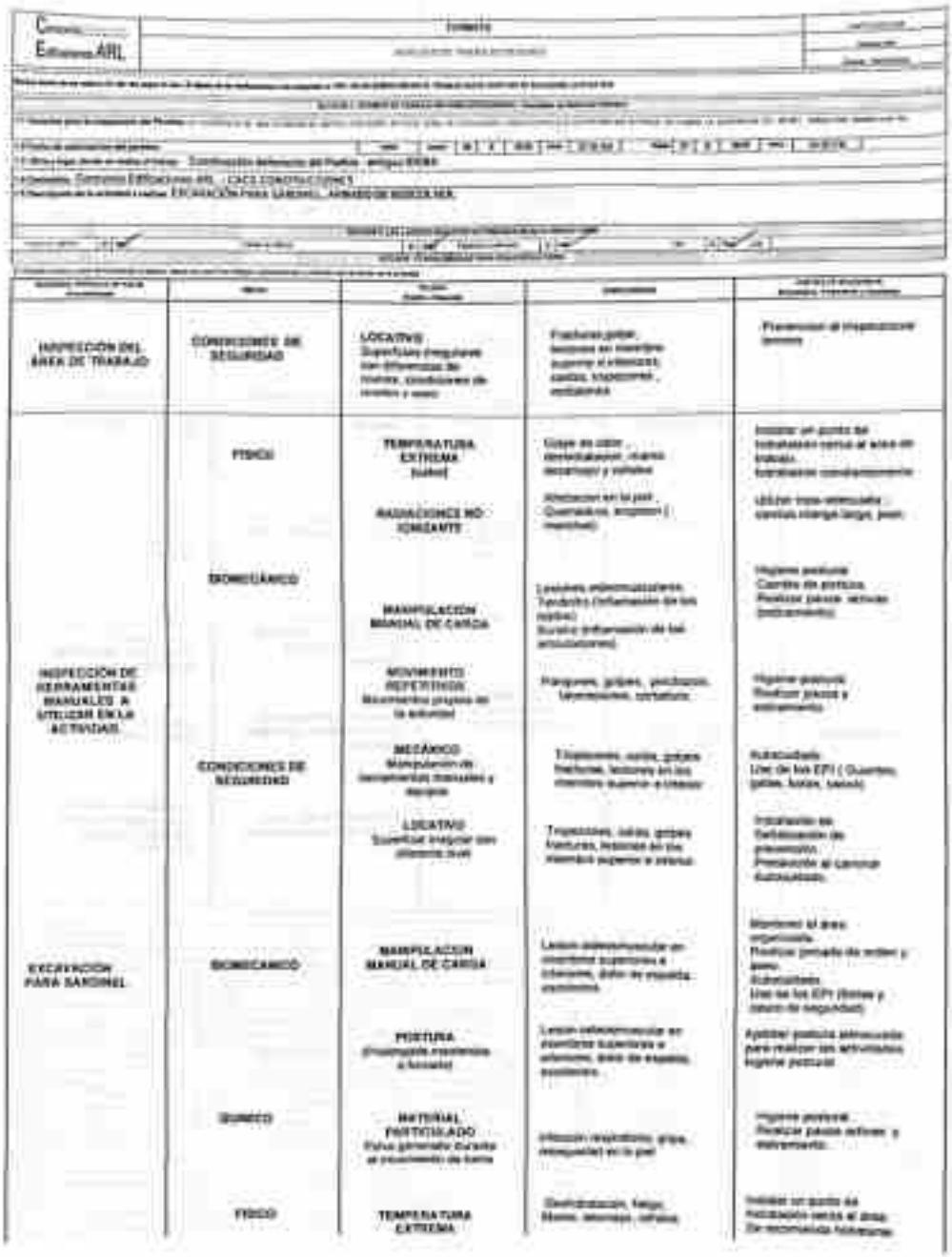
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



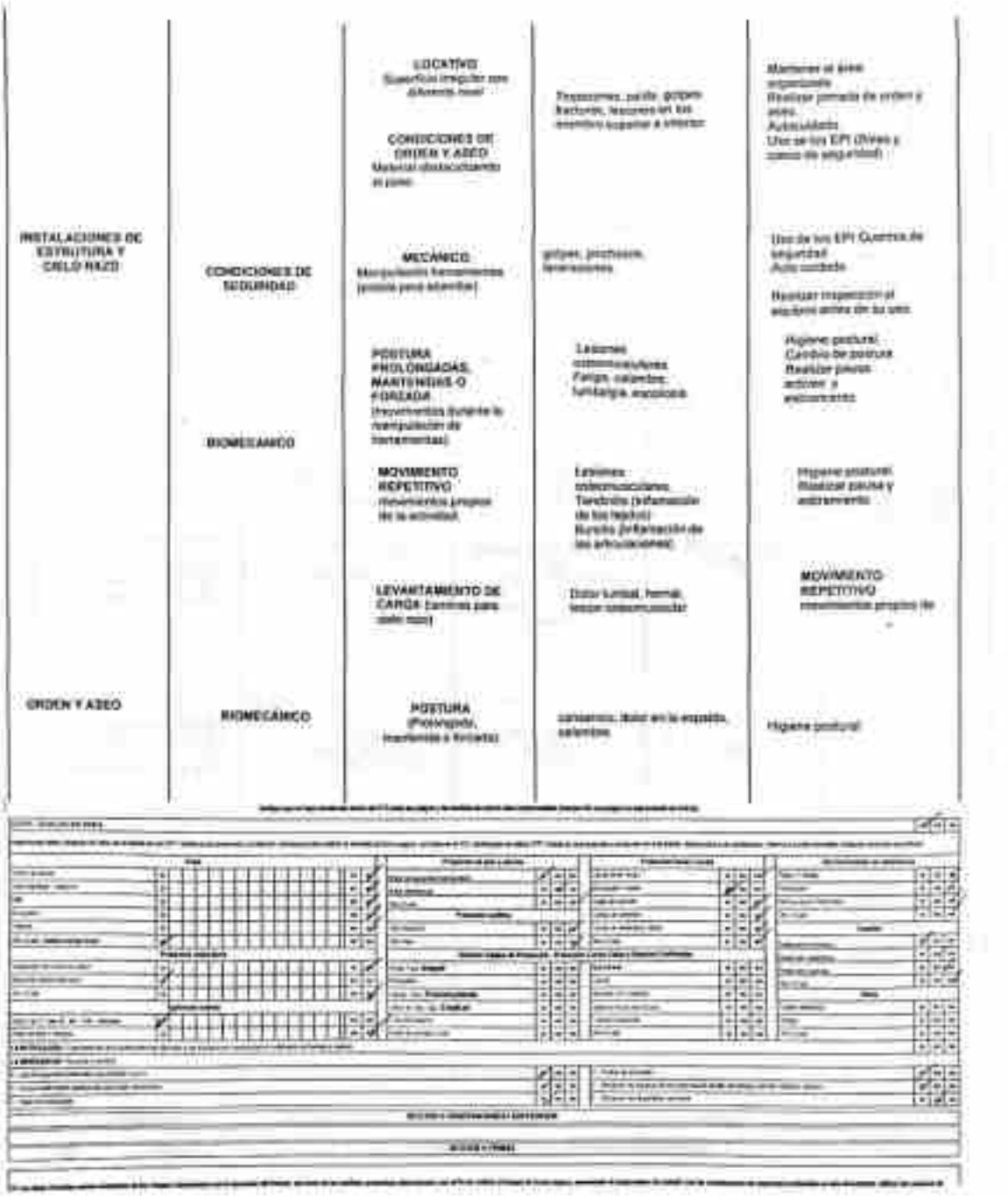
Powered by CamScanner



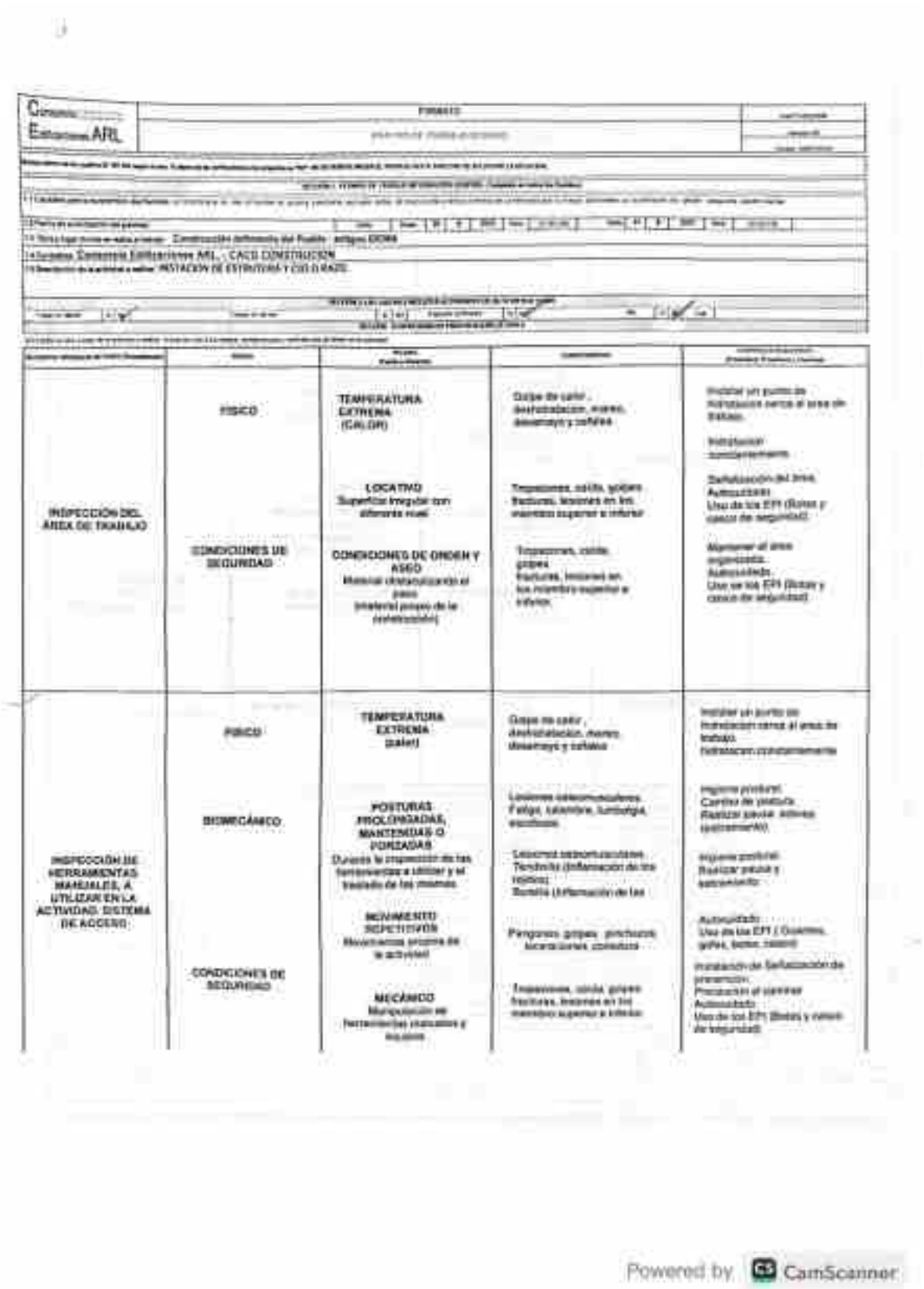
Powered by CamScanner



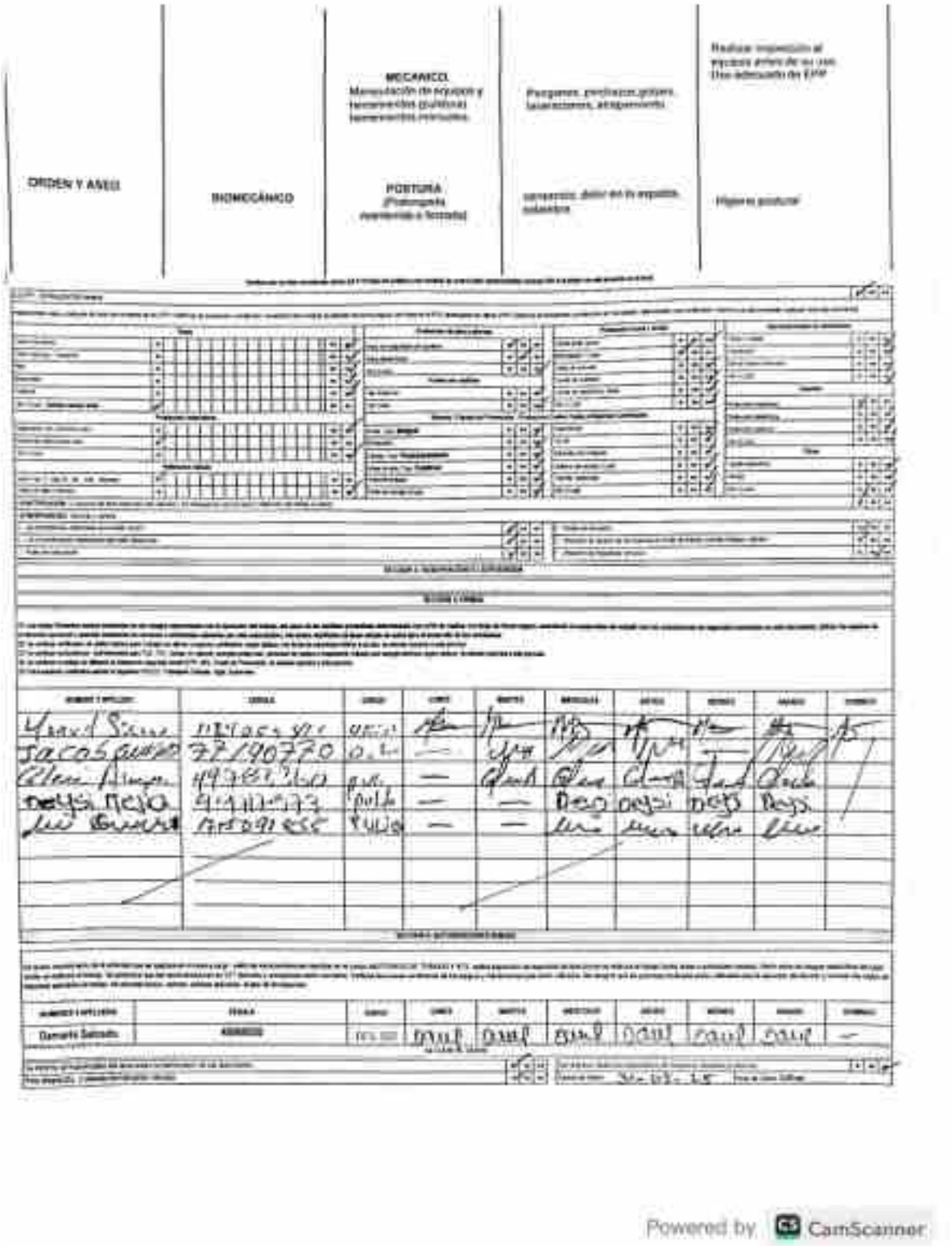
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



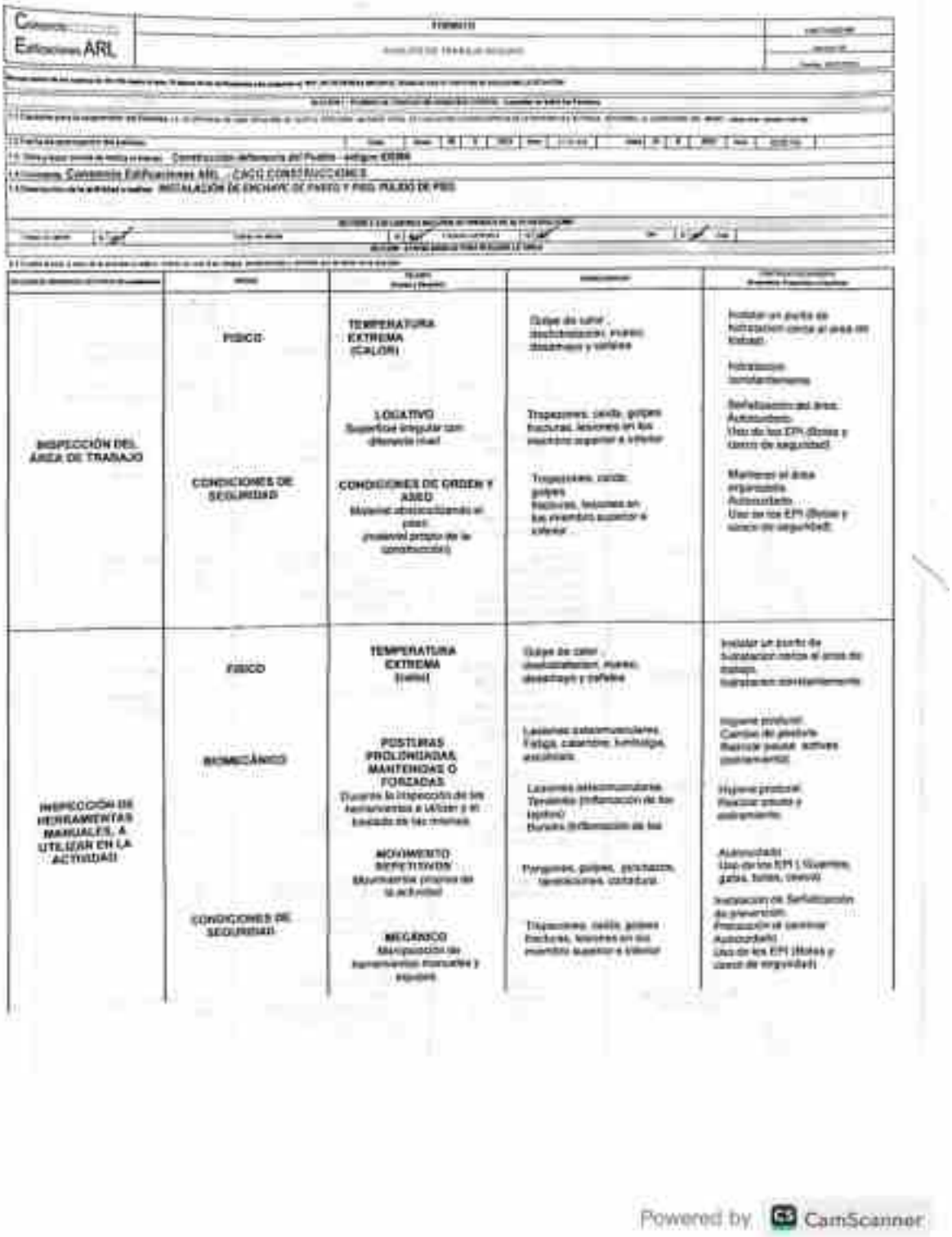
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

INSTALACIÓN DE ENCHAPE DE PARED Y PISO. PULIDO DE PISO		LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Tropezones, caída, golpes contusiones, lesiones en los miembros inferiores o superior.	Mantener el área organizada Realizar pausas activas y pausas. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material desperdiciado en el piso		
	BIOLÓGICO	VIRUS Exposición a enfermedades infecciosas causadas de persona a persona	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos, estornudo	Uso obligatorio de tapa bocas, seguimiento a enfermedades del trabajador afectado. Lavado de manos.
	FÍSICO	POSTURA Exposición a posturas de trabajo durante la jornada laboral	Hormigueo, picazón, dolor, entumecimiento de la piel, ansiedad, estrés emocional, incomodidad	Autocuidado, mantener las áreas de trabajo especializados, usar ropa adecuada para realizar las actividades
		RUIDO Exposición ocasionada por manipulación de herramientas eléctricas (pulidora- taladro)	Alteración auditiva, hipoacusia, sordera, cefalea, fatiga, zumbido.	Uso de los EPI protección auditiva cuando se requiera
		TEMPERATURA EXTREMA	Deshidratación, mareo, desmayo, dolor de cabeza	Uso adecuado de protector, camisa manga larga, pantalón jeans. Mantenerse hidratados, realizar pausas en un lugar ventilado.
	QUÍMICO	MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS MATERIAL PARTICULADO (polvo) emitido durante la manipulación de material para pisos y sustancias propia de la actividad	Afectación en la piel, alergia Afectación ocular, irritación, ardor, ojos rojos. Afectación respiratoria irritación, tos.	Uso de los EPI, gafas, protección respiratoria, guantes)
	PSICOSOCIAL	CARACTERISTICA DEL GRUPO DE TRABAJO Diferencias entre trabajadores al realizar las actividades	Disgusto, pelotas	Charla social, trabajo en equipo comunicación asertiva. Seguimiento con el COL
	BIOMECÁNICO	POSTURA PROLONGADA, MANTENIDA O FORZADA (durante la manipulación de herramientas)	Lesiones osteomusculares Fatiga, cansancio, lumbalgia, escoliosis.	Higiene postural, Cambio de postura. Realizar pausas activas y estiramiento.
		MOVIMIENTO REPETITIVO movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares Tendinitis (inflamación de los tejidos) Bursitis (inflamación de las articulaciones)	Higiene postural Realizar pausa y estiramiento.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Caída, golpes, fracturas, lesiones osteomusculares, lesiones en diversos segmentos anatómicos, muerte	Uso de los EPI Guantes Auto cuidado

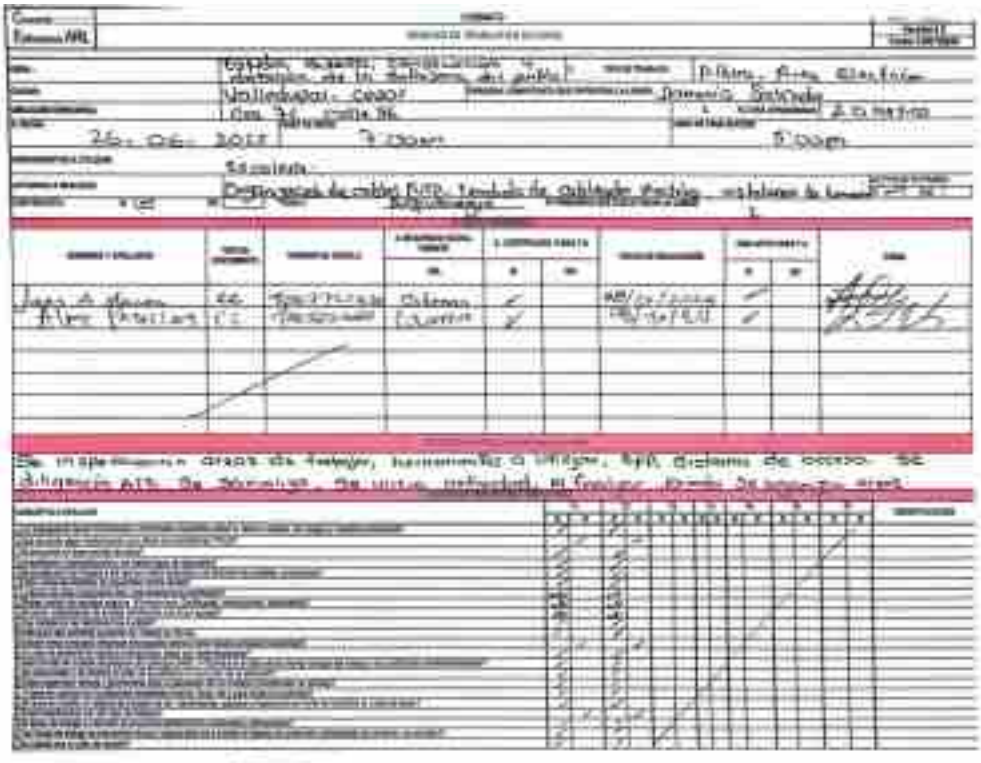
Powered by CamScanner



INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor, deshidratación, mareo, desmayo y vértigo	Instalar un punto de hidratación cerca al área de trabajo. Hidratación constantemente.
	LOCATIVO	Superficie irregular con diferencia nivel	Traposones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Señalizacion del área. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso. (material propio de la construcción)	Traposones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Mantener el área organizada. Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (calor)	Golpe de calor, deshidratación, mareo, desmayo y cefalea	Instalar un punto de hidratacion cerca al area de trabajo. Hidratacion constantemente
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspección de las herramientas a utilizar y el estado de las mismas	Lesiones osteomusculares Fatiga, calambre, lumbalgia, escoliosis	Higiene postural Cambio de postura Realizar pausa activas constantemente
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Mantenerse propio de la actividad	Lesiones osteomusculares Tendinitis (inflamación de los tejidos) Bursitis (inflamación de las	Higiene postural Realizar pausa y estiramiento
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MECÁNICO Manipulación de herramientas manuales y equipos	Traposones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco) Instalacion de Señalizacion de prevencion. Prevención al caminar Autocuidado Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)

Powered by CamScanner



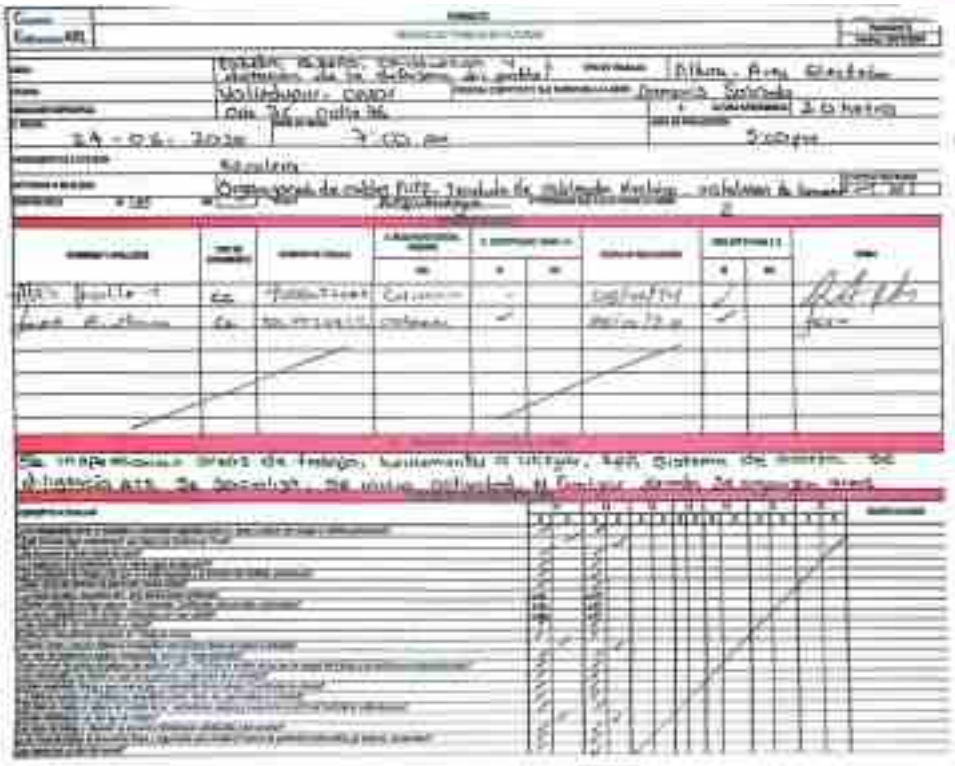


Powered by Construmer





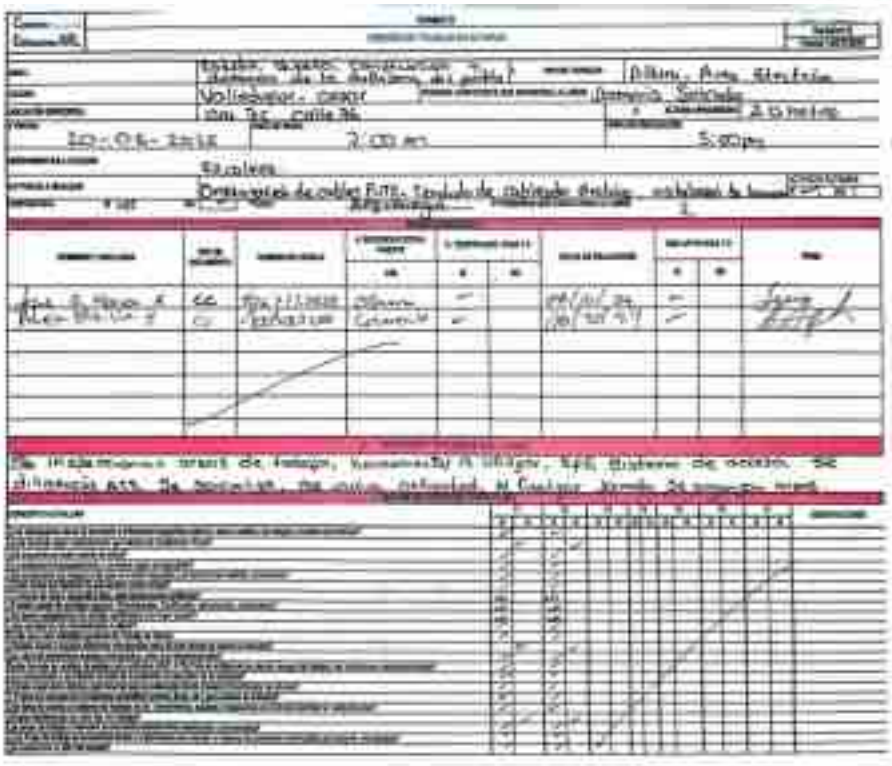




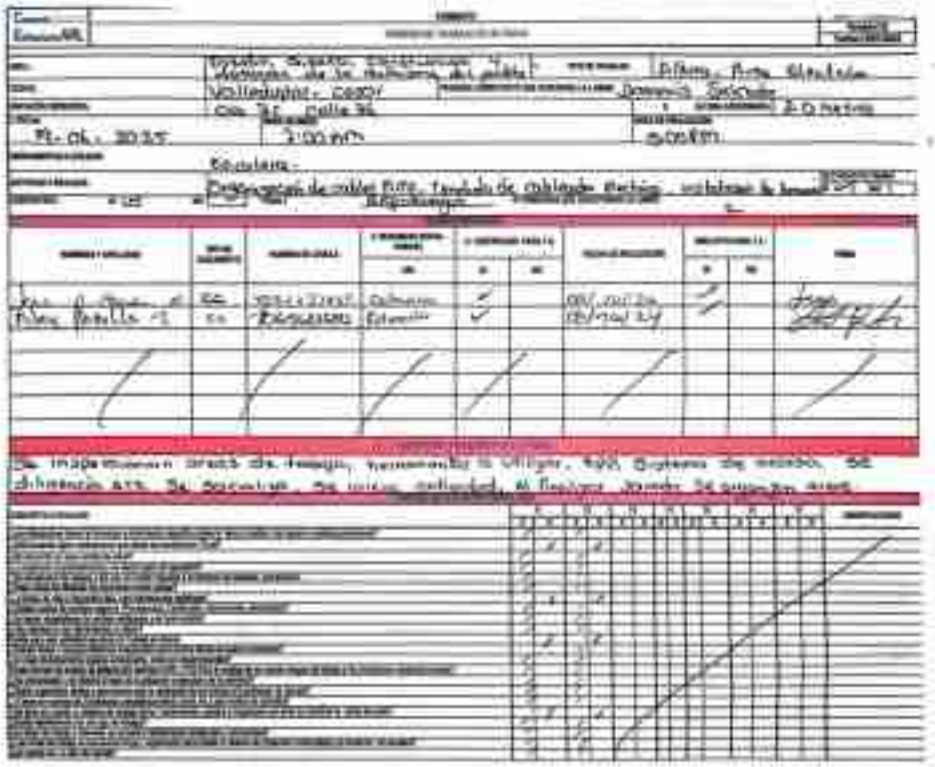


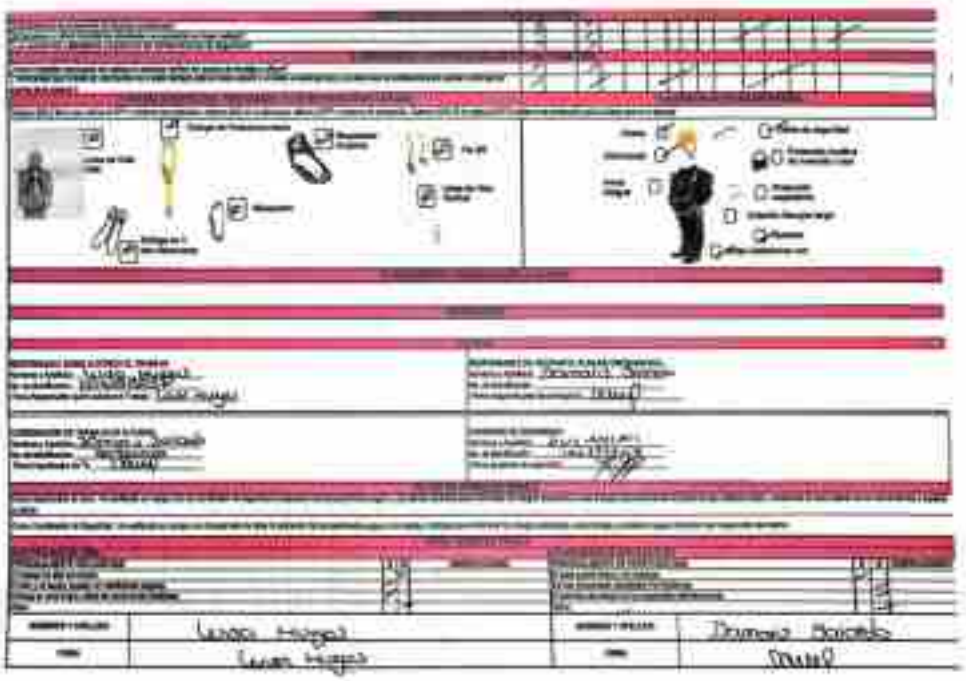


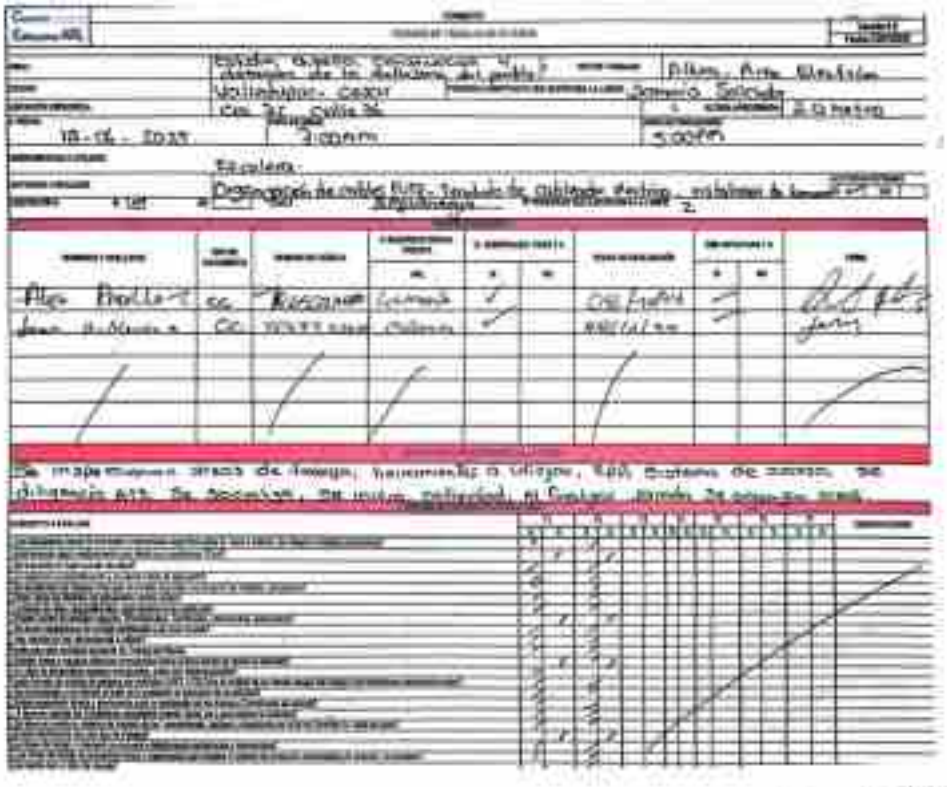


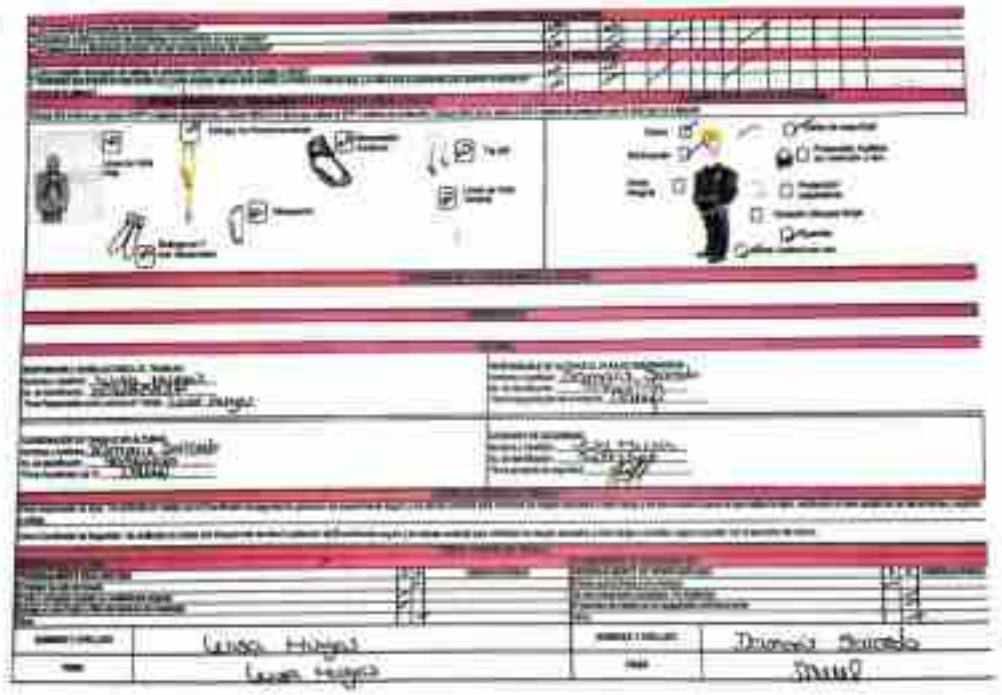




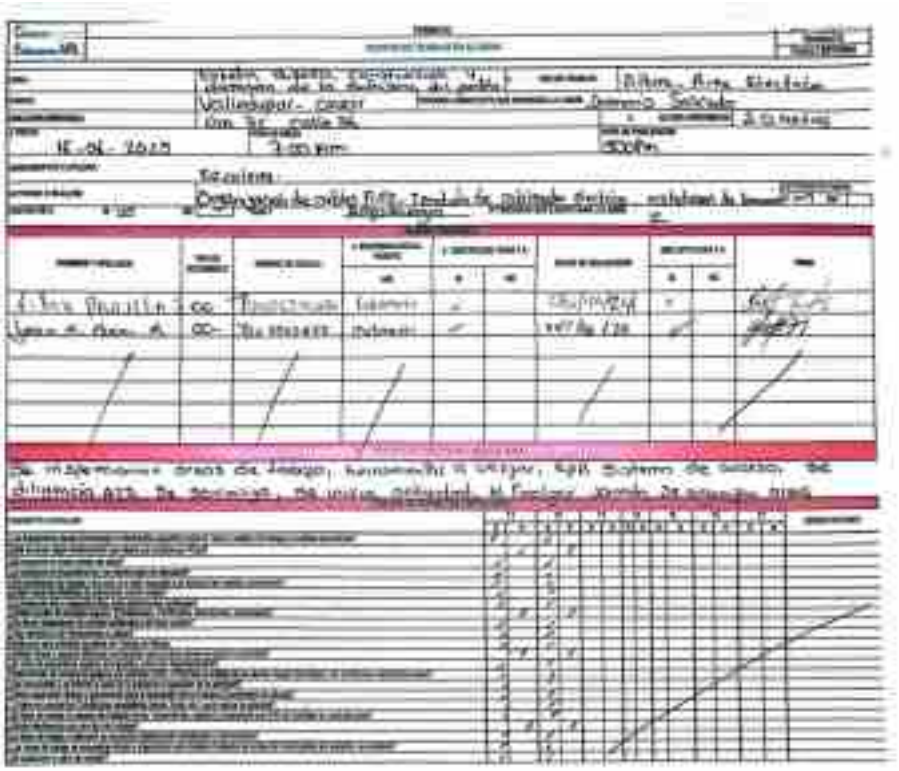


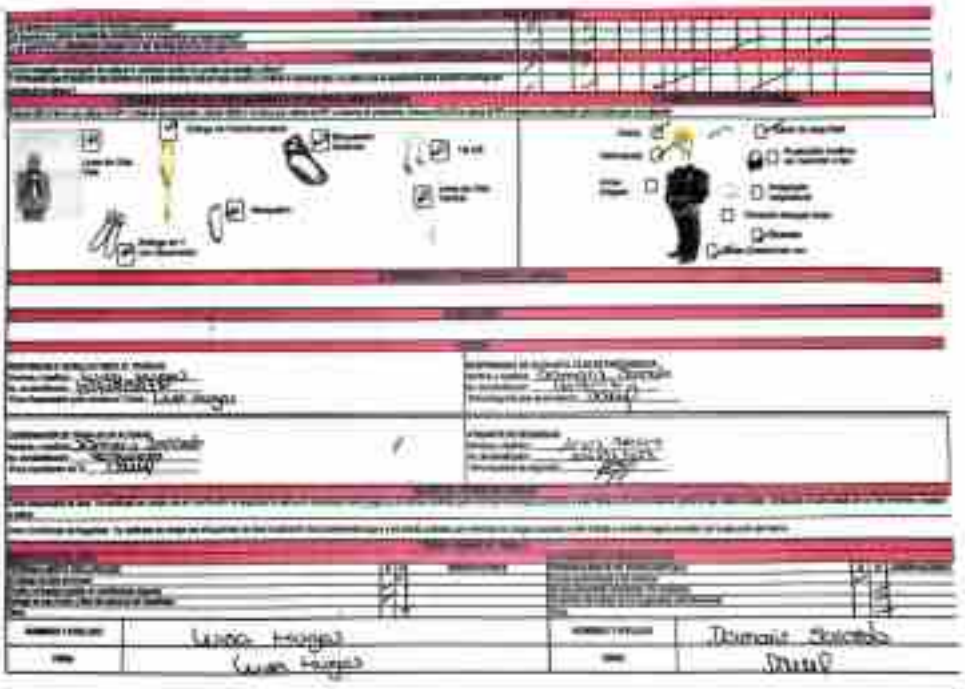


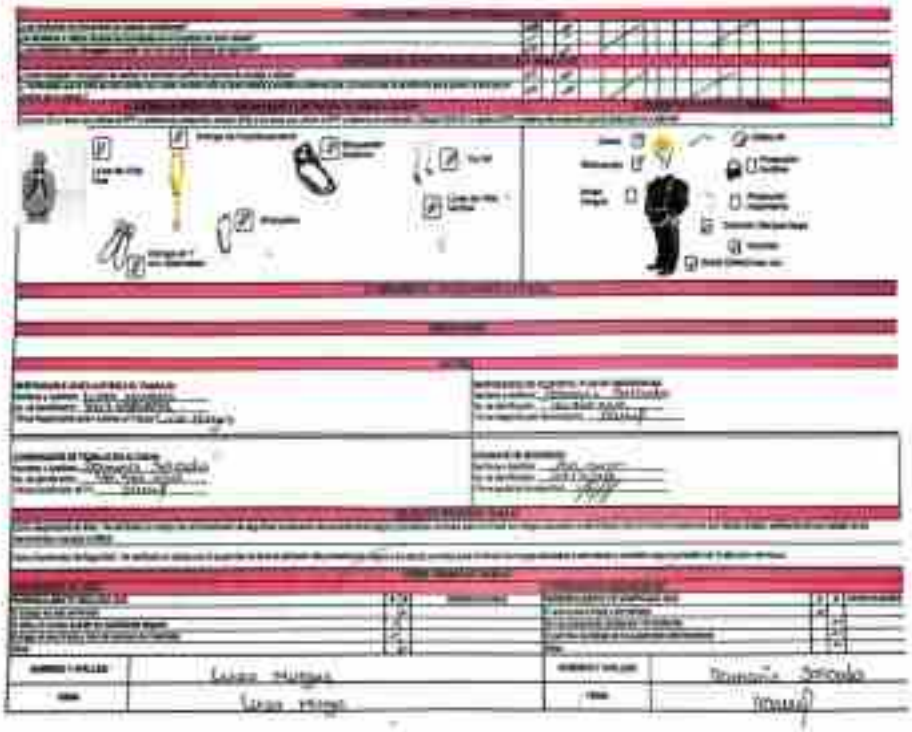




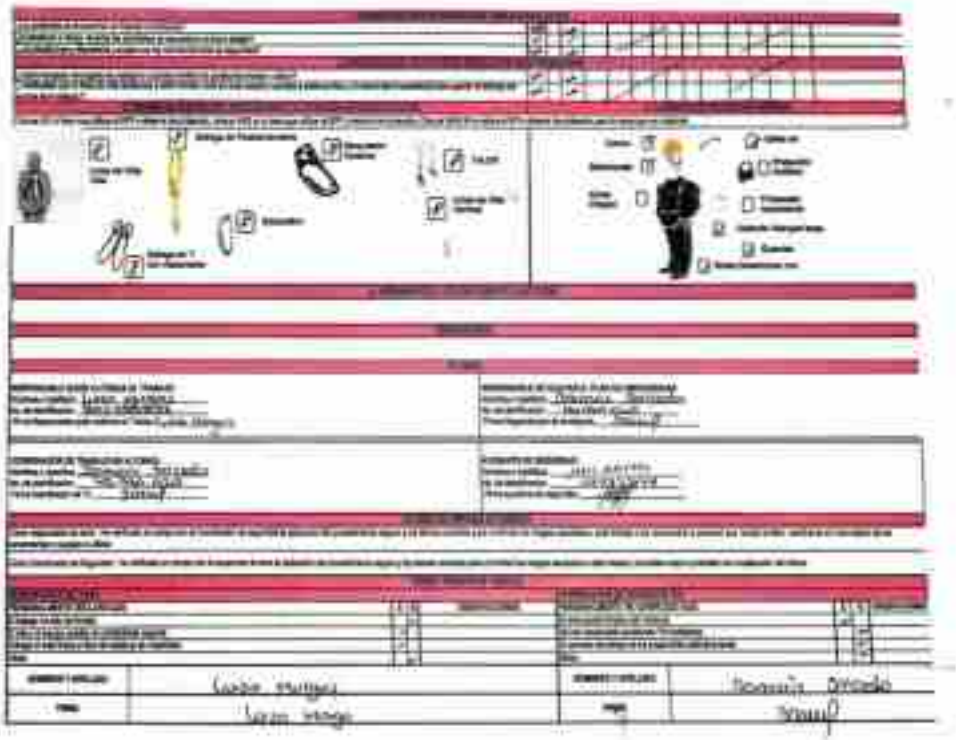


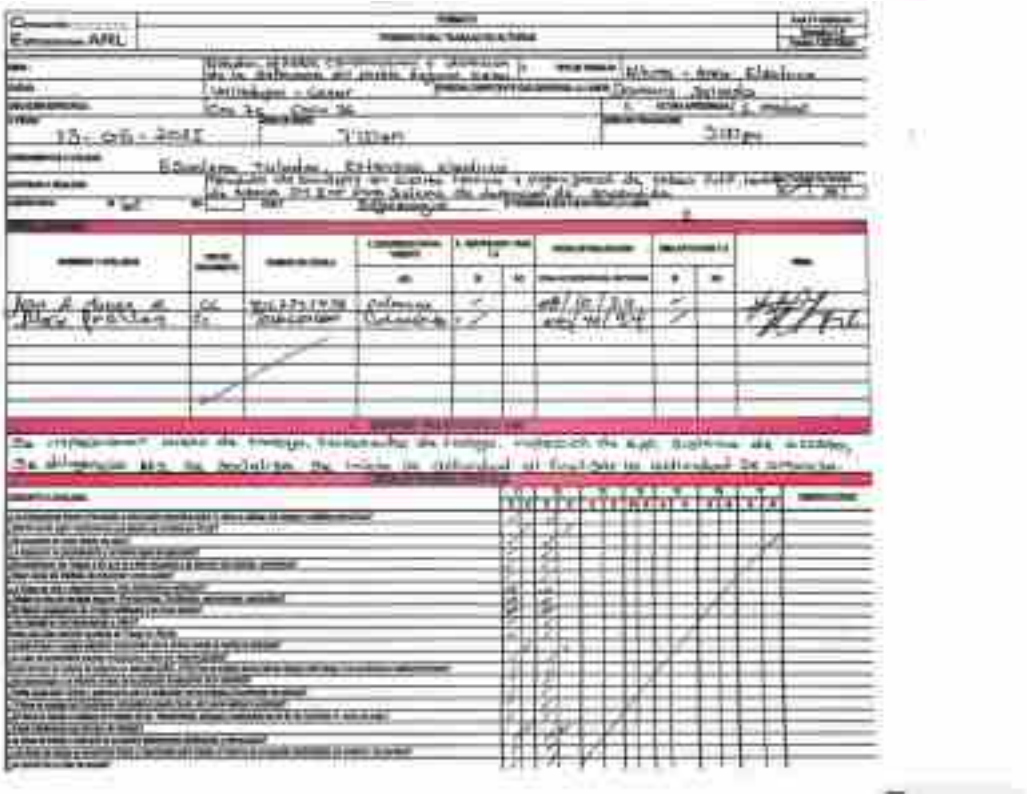


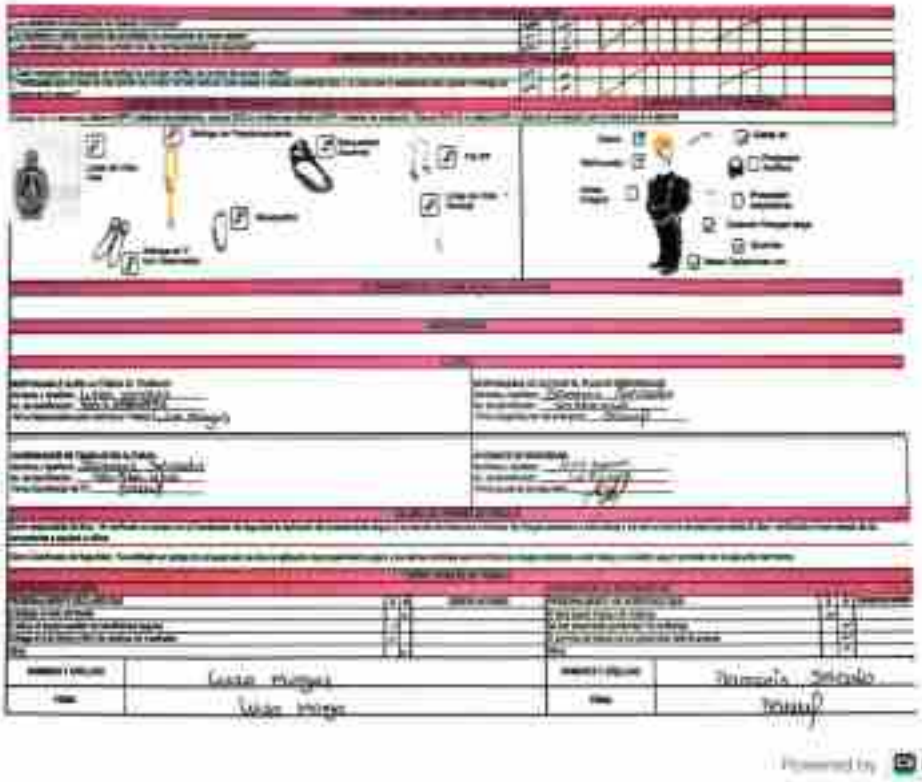


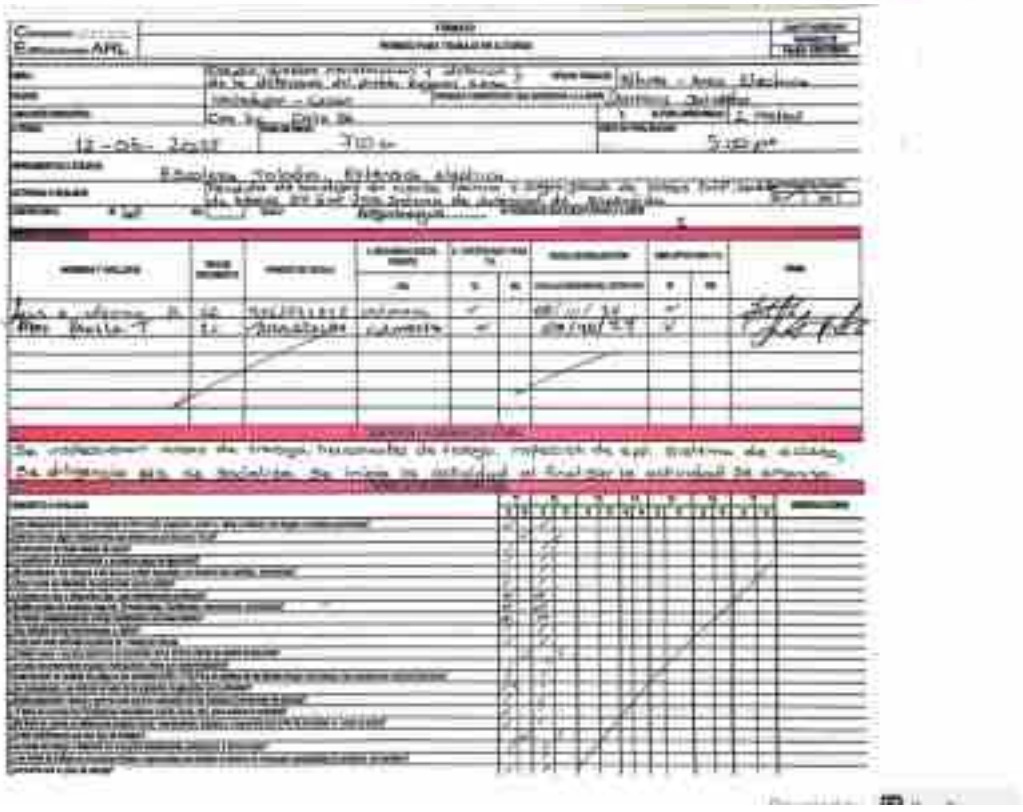


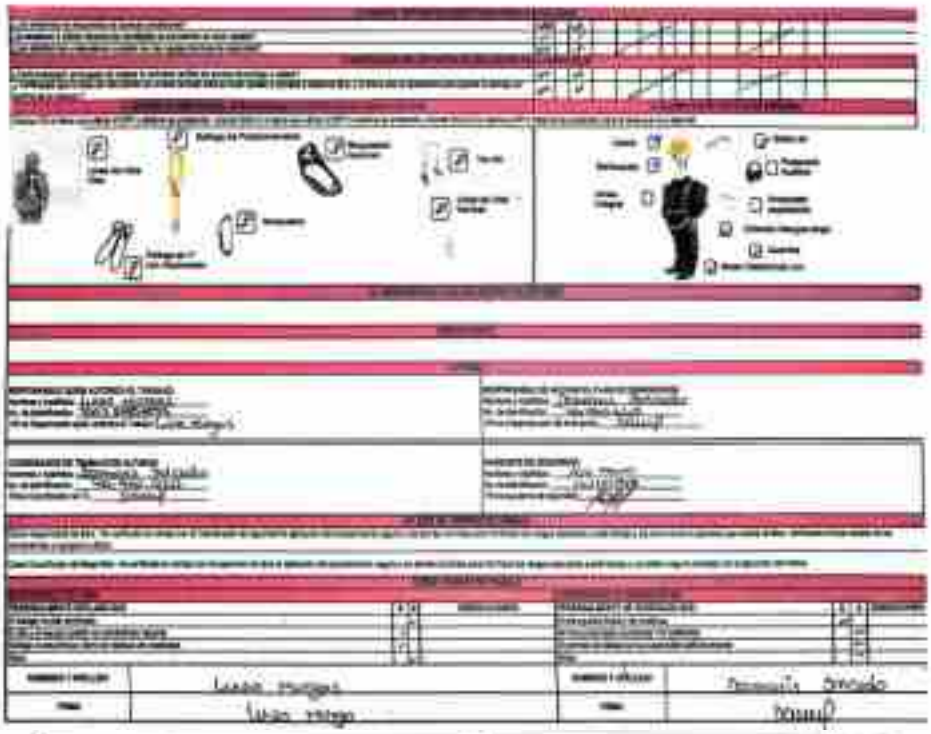


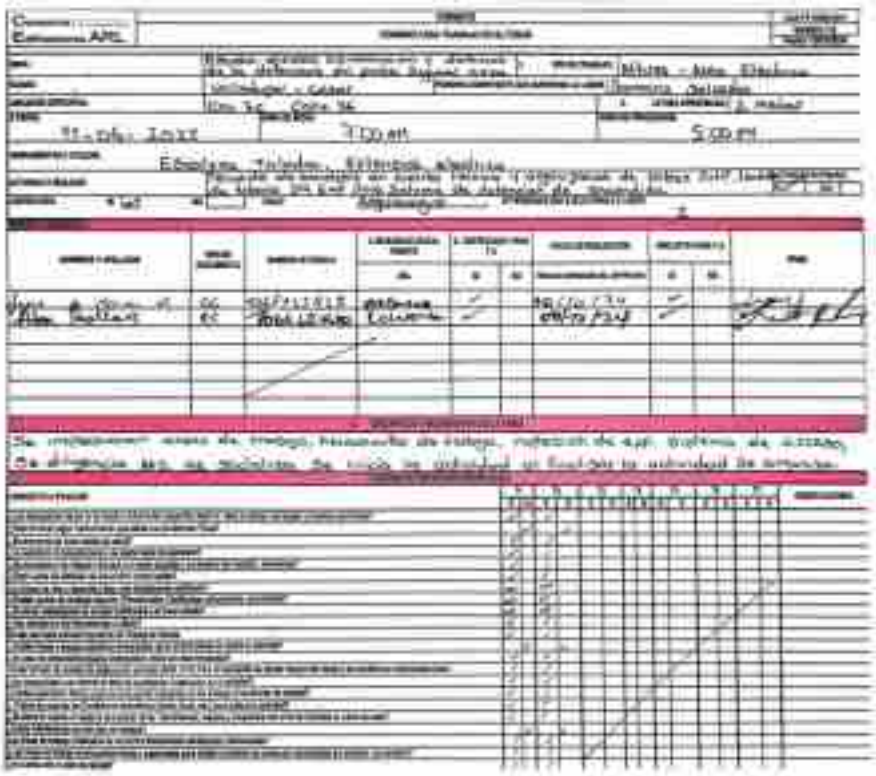




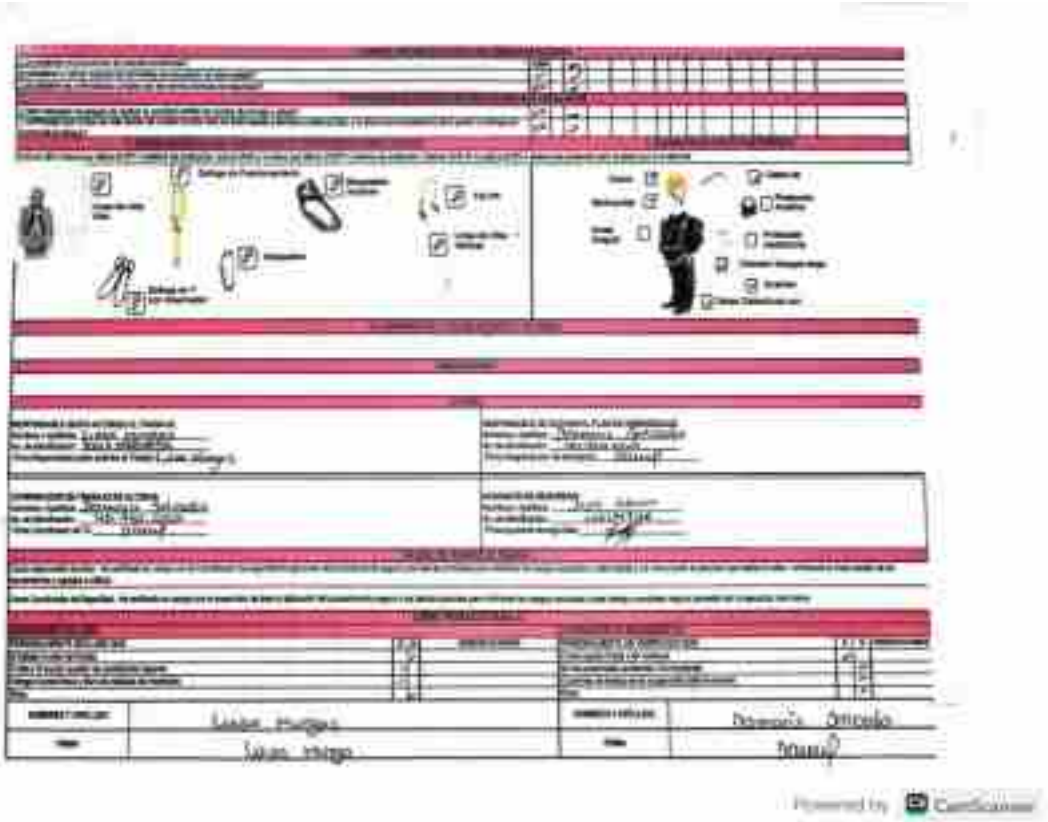




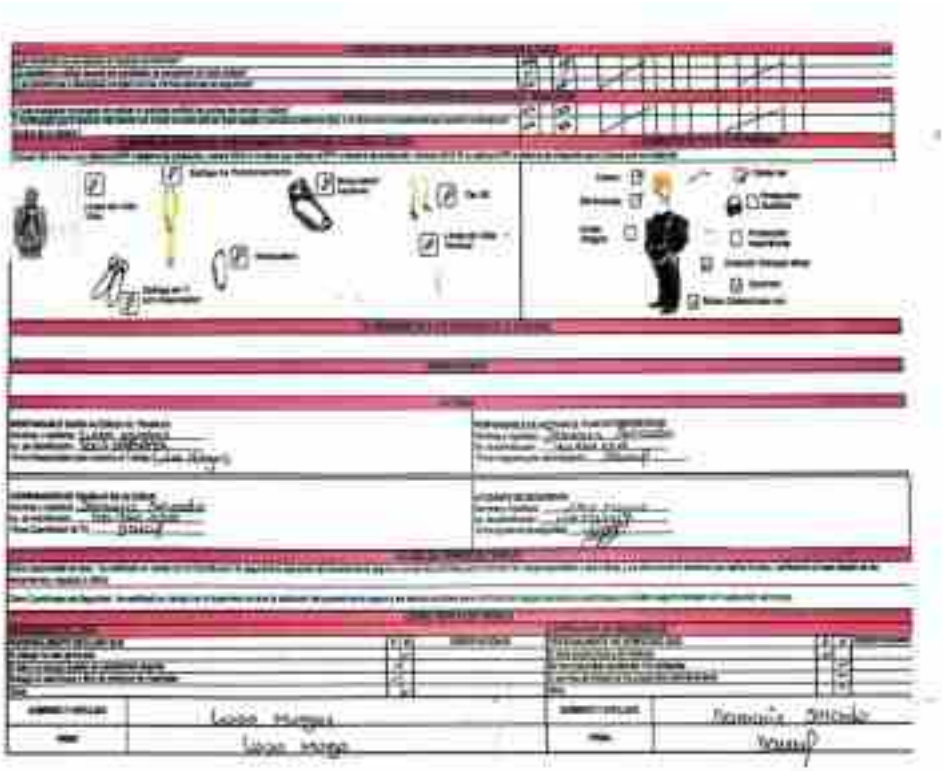




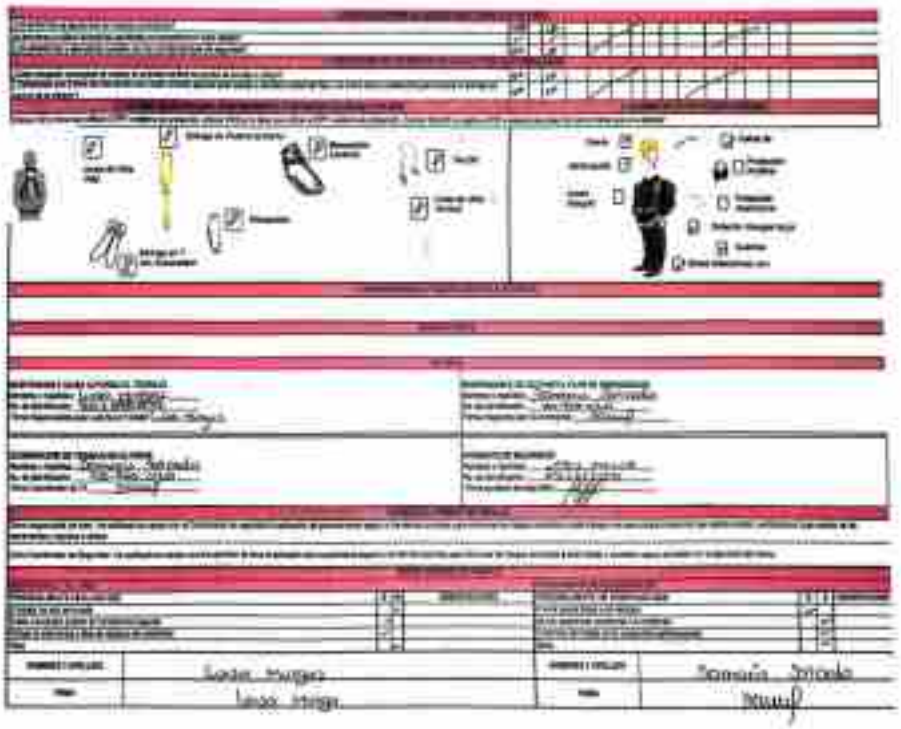




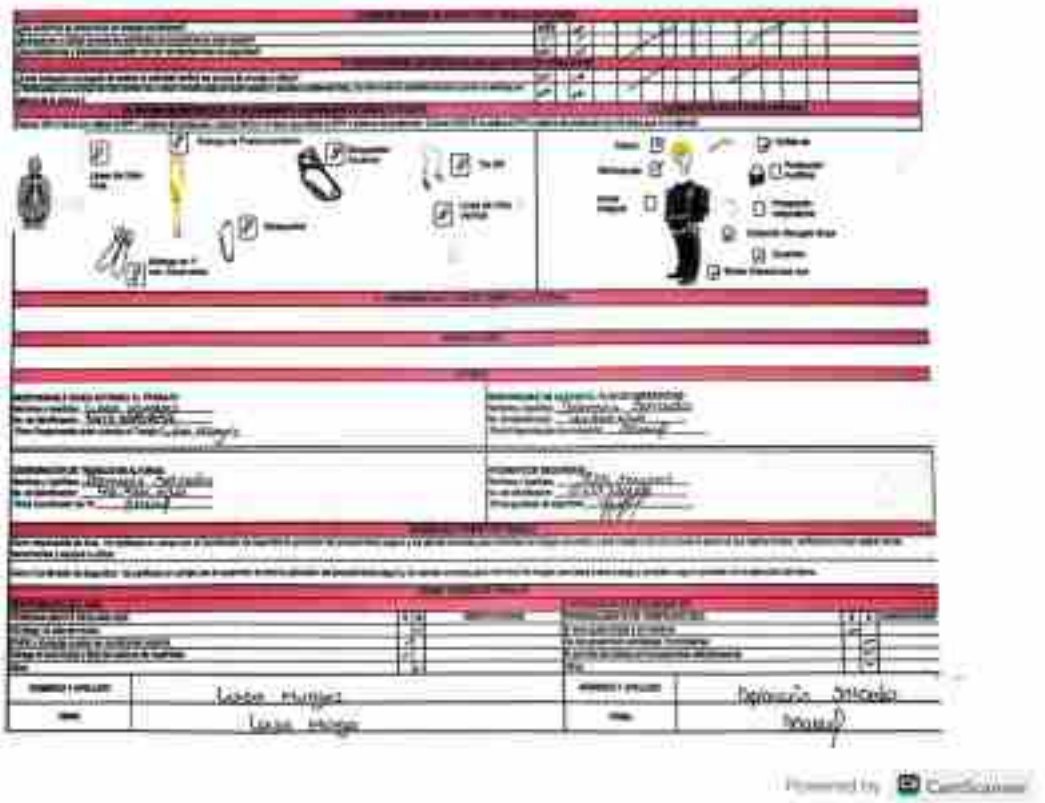




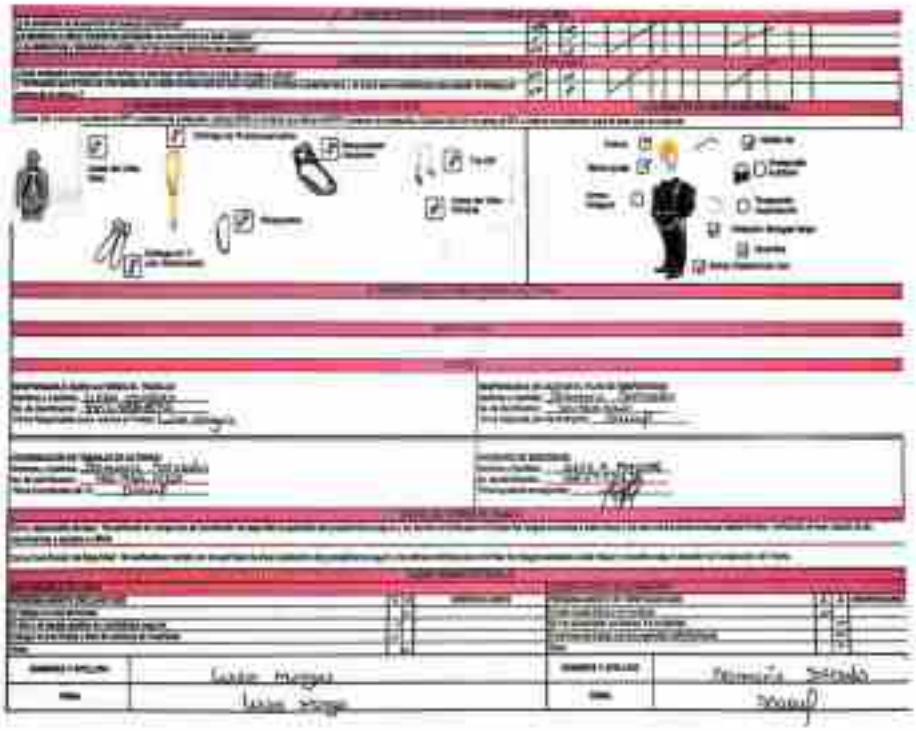


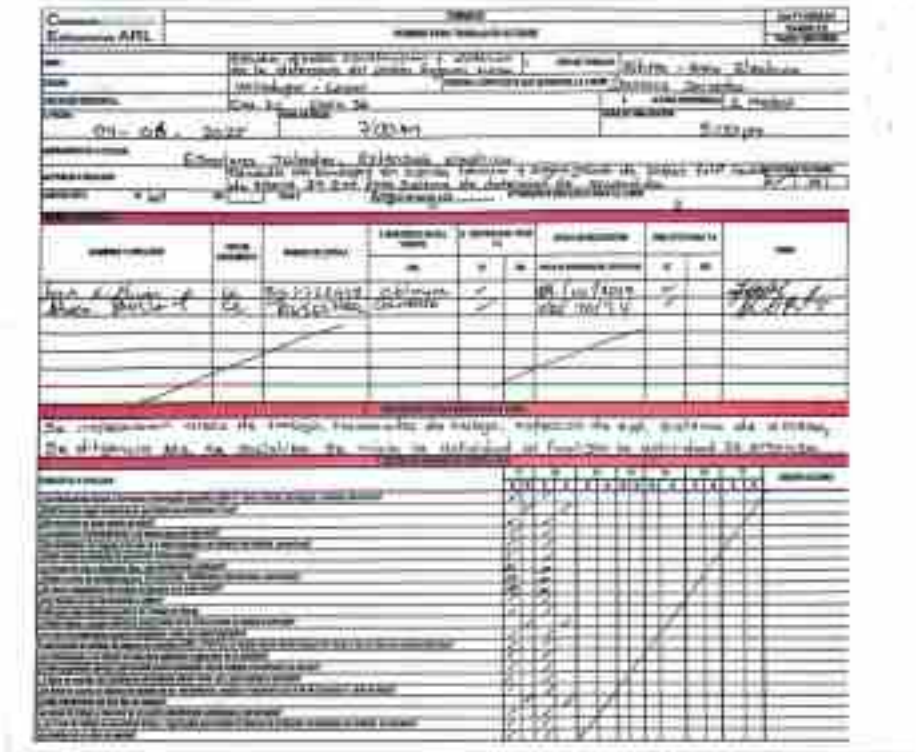


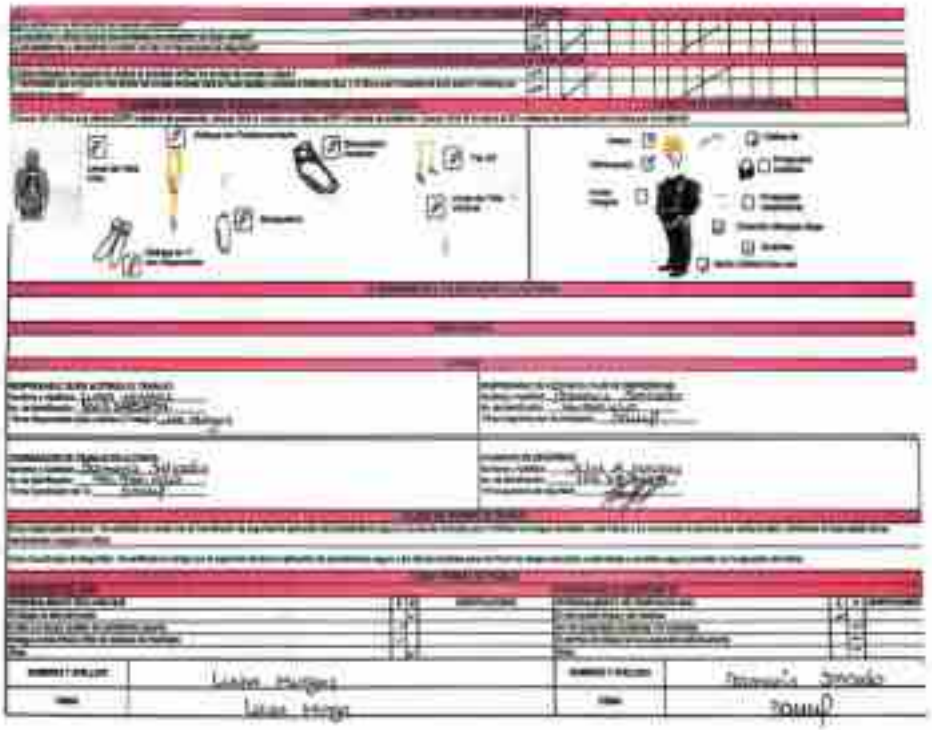


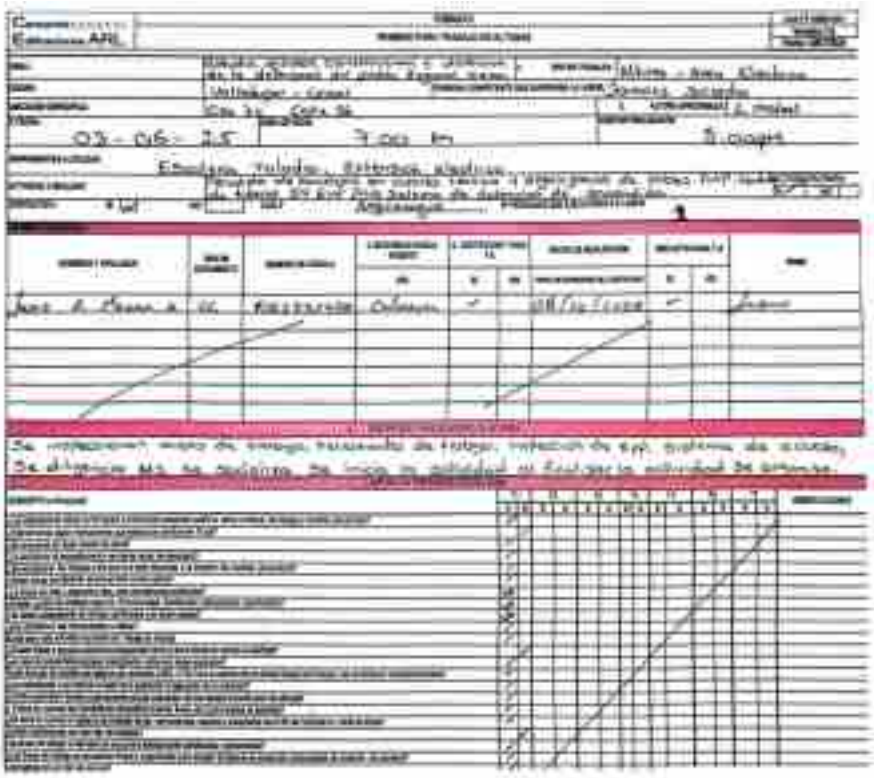


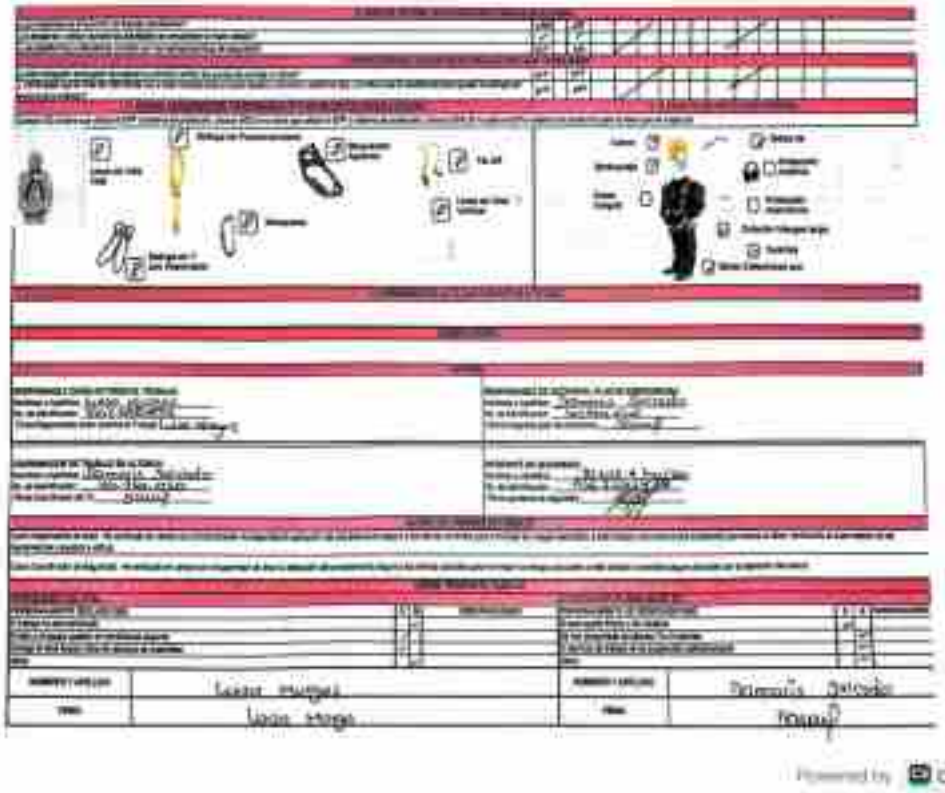




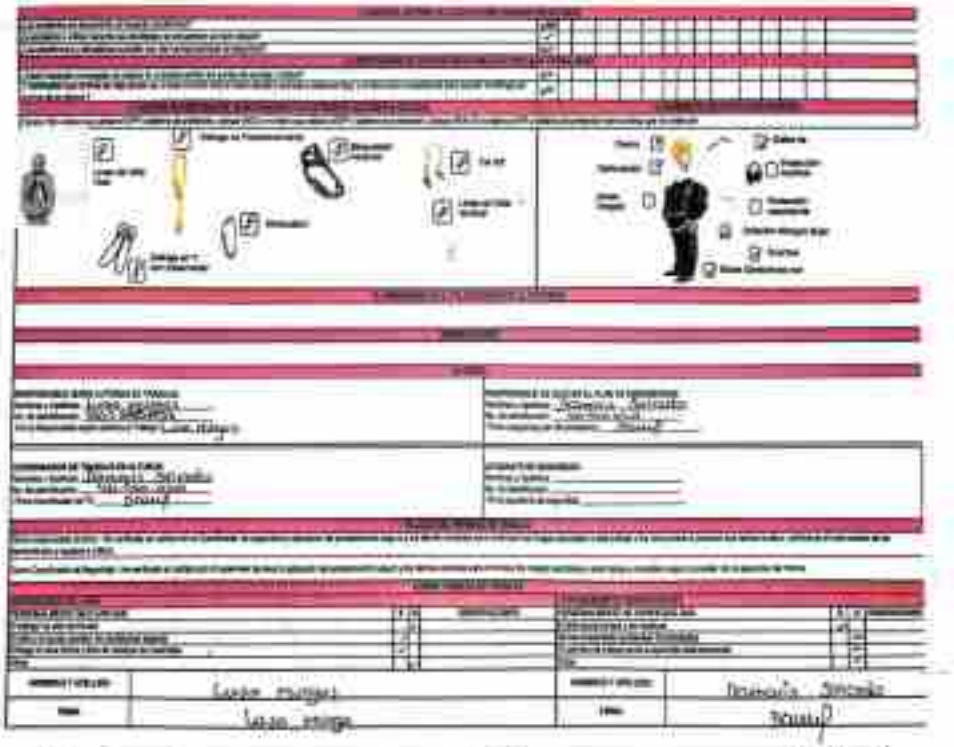


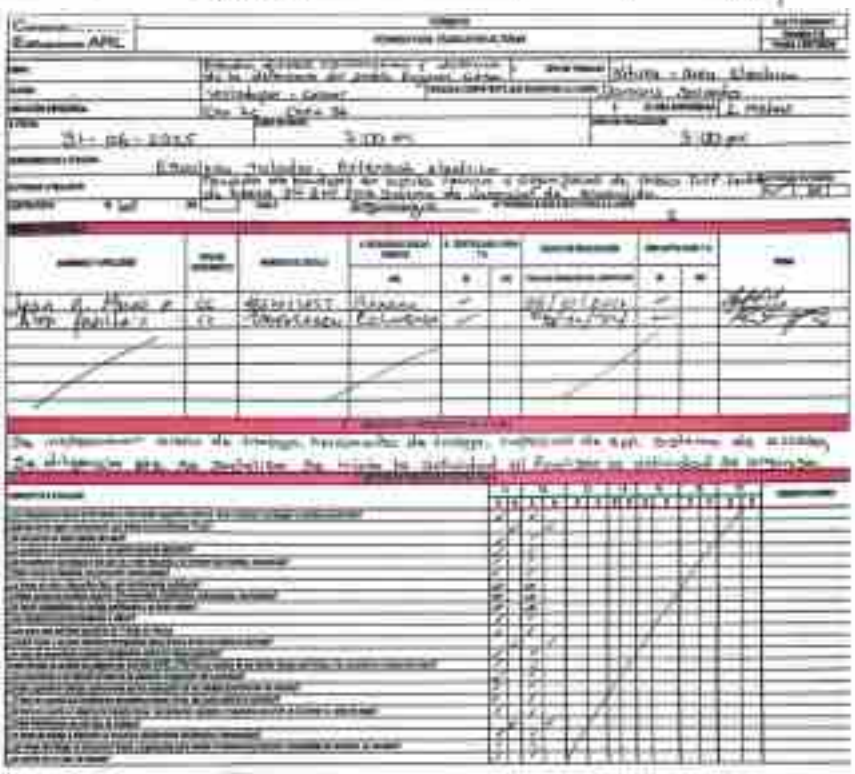












Powered by Cardscanner

