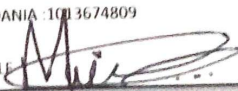


| EVALUACION INDUCCION / REINDUCCION                                                    |                                                                                                                             | CODIGO                                                                                                 | EM-FT-SST- 02       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                 |                                                                                                                             | VERSION                                                                                                | 1                   |
|                                                                                       |                                                                                                                             | FECHA                                                                                                  |                     |
| <b>DATOS GENERALES</b>                                                                |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR                                                                 | Yordis David Sa                                                                                                             | CEDULA                                                                                                 | 1193087406          |
| AREA DE TRABAJO                                                                       |                                                                                                                             | OFICIO                                                                                                 |                     |
| <b>INCIDENTE DE TRABAJO</b>                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 1. Señale cual de las siguientes opciones es el significado de incidente de trabajo   |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| A                                                                                     | Suceso ocurrido en el trabajo o en relacion con este que tuvo potencial de ser accidente                                    |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> X                                                 | Cualquier acto o condicion insegura que ocurra en el trabajo                                                                |                                                                                                        |                     |
| C                                                                                     | Suceso ocurrido en la casa que tuvo potencial de ser accidente                                                              |                                                                                                        |                     |
| D                                                                                     | Cualquier acto o condicion insegura que ocurra en la casa                                                                   |                                                                                                        |                     |
| <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b>                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 2. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de accidente trabajo      |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| A                                                                                     | Todo suceso premeditado que ocurra en el trabajo y que no provoque ninguna lesion en el trabajador                          |                                                                                                        |                     |
| B                                                                                     | Todo suceso premeditado que ocurra en el trabajo y que provoque una lesion en el trabajador                                 |                                                                                                        |                     |
| C                                                                                     | Todo suceso repentino que ocurre por causa y regresion del trabajo que provoca en el trabajador una lesion en el trabajador |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> X                                                 | Todas las anteriores                                                                                                        |                                                                                                        |                     |
| 3. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de un accidente con causa |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| A                                                                                     | Aquel que sucede por culpa del trabajador                                                                                   |                                                                                                        |                     |
| B                                                                                     | Aquel que sucede cuando se esta realizando una actividad que no hace parte de las funciones propias del trabajador          |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> X                                                 | Aquel que sucede cuando el trabajador realiza sus funciones.                                                                |                                                                                                        |                     |
| D                                                                                     | Aquel que sucede por culpa del empleador                                                                                    |                                                                                                        |                     |
| 4. Mencione cuatro causas comunes de accidente de trabajo                             |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 1                                                                                     | No estar concentrado en las horas de trabajo                                                                                |                                                                                                        |                     |
| 2                                                                                     | No utilizar acordemente los implementos de seguridad                                                                        |                                                                                                        |                     |
| 3                                                                                     | Tener en cuenta el buen uso de las herramientas                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 4                                                                                     | Tener conocimiento de lo que va a realizar                                                                                  |                                                                                                        |                     |
| 5. Marque V si es verdadero y F si es falso según corresponda                         |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> V                                                 | Se considera accidente grave aquel que trae como consecuencia la pérdida de cualquier parte del cuerpo                      |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> F                                                 | Es considerado un accidente de trabajo aquel que sufre el trabajador cuando se esta desplazando de su casa al trabajo       |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> F                                                 | No constituye un accidente de trabajo aquel causado durante los permisos                                                    |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> F                                                 | Es considerado un accidente de trabajo aquel que sufre el trabajador en su casa                                             |                                                                                                        |                     |
| <b>ENFERMEDADES LABORALES</b>                                                         |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 6. Indique tres enfermedades laborales comunes.                                       |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 1                                                                                     | de la columna                                                                                                               |                                                                                                        |                     |
| 2                                                                                     | de los ojos                                                                                                                 |                                                                                                        |                     |
| 3                                                                                     | las articulaciones                                                                                                          |                                                                                                        |                     |
| <b>REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES</b>                                   |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| 7. Marque con una X el procedimiento para reportar un incidente laboral.              |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> X                                                 | Registrar el incidente, notificar e investigar el incidente.                                                                |                                                                                                        |                     |
| B                                                                                     | Pedir ambulancia, Utilizar el botiquin y reportar el incidente.                                                             |                                                                                                        |                     |
| C                                                                                     | Reportar el incidente, pedir ambulancia y utilizar el botiquin.                                                             |                                                                                                        |                     |
| D                                                                                     | Notificar, Registrar el incidente e investigar el incidente.                                                                |                                                                                                        |                     |
| 8. Marque con una X el procedimiento para reportar un accidente laboral.              |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| A                                                                                     | Reportar el accidente, pedir una ambulancia o trasladar al paciente al centro medico, utilizar el botiquin si es necesario. |                                                                                                        |                     |
| B                                                                                     | Trasladar al centro medico, brindar primeros auxilios, informar                                                             |                                                                                                        |                     |
| C                                                                                     | Reportar el accidente, utilizar el botiquin si es necesario, pedir una ambulancia o trasladar al paciente al centro medico  |                                                                                                        |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> X                                                 | Informar, trasladar al centro medico, brindar primeros auxilios                                                             |                                                                                                        |                     |
| NOMBRE DEL EMPLEADO                                                                   |                                                                                                                             | NOMBRE RESPONSABLE: MICHELLE NOAK                                                                      |                     |
| CEDULA DE CIUDADANIA 1193087406                                                       |                                                                                                                             | CEDULA DE CIUDADANIA: 1003674809                                                                       |                     |
| FIRMA DEL EMPLEADO Yordis                                                             |                                                                                                                             | FIRMA RESPONSABLE  |                     |
| <b>CONTROL DE CAMBIOS</b>                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                        |                     |
| REV                                                                                   | FECHA                                                                                                                       | DESCRIPCION DEL CAMBIO                                                                                 | APROBO              |
| 1                                                                                     | 22/10/2021                                                                                                                  | Creacion del documento                                                                                 | Representante legal |



| EVALUACION INDUCCION / REINDUCCION                                                    |                                                                                                                             | CODIGO                            | EM-FT-SST-02        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                 |                                                                                                                             | VERSION                           | 1                   |
|                                                                                       |                                                                                                                             | FECHA                             |                     |
| <b>DATOS GENERALES</b>                                                                |                                                                                                                             |                                   |                     |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR<br>ARIA DE TRABAJO                                              |                                                                                                                             | CEDULA<br>OFICIO                  |                     |
| Jennyfer Purbu                                                                        |                                                                                                                             | 11033606586<br>Aux. de enfermeria |                     |
| <b>INCIDENTE DE TRABAJO</b>                                                           |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 1. Señale cuál de las siguientes opciones es el significado de incidente de trabajo   |                                                                                                                             |                                   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> A                                                 | Suceso ocurrido en el trabajo o en relación con este, que tuvo potencial de ser accidente                                   |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> B                                                            | Cualquier acto o condición insegura que ocurra en el trabajo                                                                |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> C                                                            | Suceso ocurrido en la casa que tuvo potencial de ser accidente                                                              |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> D                                                            | Cualquier acto o condición insegura que ocurra en la casa                                                                   |                                   |                     |
| <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b>                                                           |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 2. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de accidente de trabajo   |                                                                                                                             |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> A                                                            | Todo suceso premeditado que ocurra en el trabajo y que no provoque ninguna lesión en el trabajador                          |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> B                                                            | Todo suceso premeditado que ocurra en el trabajo y que provoque una lesión en el trabajador                                 |                                   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> C                                                 | Todo suceso repentino que ocurre por causa y regresión del trabajo que provoca en el trabajador una lesión en el trabajador |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> D                                                            | Todas las anteriores                                                                                                        |                                   |                     |
| 3. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de un accidente con causa |                                                                                                                             |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> A                                                            | Aquel que sucede por culpa del trabajador                                                                                   |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> B                                                            | Aquel que sucede cuando se está realizando una actividad que no hace parte de las funciones propias del trabajador          |                                   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> C                                                 | Aquel que sucede cuando el trabajador realiza sus funciones                                                                 |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> D                                                            | Aquel que sucede por culpa del empleador                                                                                    |                                   |                     |
| 4. Mencione cuatro causas comunes de accidente de trabajo                             |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 1                                                                                     | No concentración de actividades                                                                                             |                                   |                     |
| 2                                                                                     | No usar E.P.P                                                                                                               |                                   |                     |
| 3                                                                                     | Usar herramientas en estado defectuoso                                                                                      |                                   |                     |
| 4                                                                                     | Trabajar bajo influencia de alcohol o efectos de drogas                                                                     |                                   |                     |
| 5. Marque V si es verdadero y F si es falso según corresponda                         |                                                                                                                             |                                   |                     |
|                                                                                       | Se considera accidente grave aquel que trae como consecuencia la pérdida de cualquier parte del cuerpo                      |                                   |                     |
|                                                                                       | Es considerado un accidente de trabajo aquel que sufre el trabajador cuando se está desplazando de su casa al trabajo       |                                   |                     |
|                                                                                       | No constituye un accidente de trabajo aquel causado durante los permisos                                                    |                                   |                     |
|                                                                                       | Es considerado un accidente de trabajo aquel que sufre el trabajador en su casa                                             |                                   |                     |
| <b>ENFERMEDADES LABORALES</b>                                                         |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 6. Indique tres enfermedades laborales comunes.                                       |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 1                                                                                     | Estrés                                                                                                                      |                                   |                     |
| 2                                                                                     | Gonorrrea                                                                                                                   |                                   |                     |
| 3                                                                                     | Dolores crónicos                                                                                                            |                                   |                     |
| <b>REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES</b>                                   |                                                                                                                             |                                   |                     |
| 7. Marque con una X el procedimiento para reportar un incidente laboral.              |                                                                                                                             |                                   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> A                                                 | Registrar el incidente, notificar e investigar el incidente.                                                                |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> B                                                            | Pedir ambulancia, utilizar el botiquín y reportar el incidente.                                                             |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> C                                                            | Reportar el incidente, pedir ambulancia y utilizar el botiquín.                                                             |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> D                                                            | Notificar, registrar el incidente e investigar el incidente                                                                 |                                   |                     |
| 8. Marque con una X el procedimiento para reportar un accidente laboral.              |                                                                                                                             |                                   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> A                                                 | Reportar el accidente, pedir una ambulancia o trasladar al paciente al centro médico, utilizar el botiquín si es necesario. |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> B                                                            | Trasladar al centro médico, brindar primeros auxilios, informar                                                             |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> C                                                            | Reportar el accidente, utilizar el botiquín si es necesario, pedir una ambulancia o trasladar al paciente al centro médico  |                                   |                     |
| <input type="checkbox"/> D                                                            | Informar, trasladar al centro médico, brindar primeros auxilios                                                             |                                   |                     |
| NOMBRE DEL EMPLEADO                                                                   |                                                                                                                             | NOMBRE RESPONSABLE: MICHELLE NOAK |                     |
| CEDULA DE CIUDADANIA                                                                  |                                                                                                                             | CEDULA DE CIUDADANIA              |                     |
| 11033606586                                                                           |                                                                                                                             | 013674809                         |                     |
| FIRMA DEL EMPLEADO                                                                    |                                                                                                                             | FIRMA RESPONSABLE                 |                     |
| Jennyfer Purbu                                                                        |                                                                                                                             | [Firma]                           |                     |
| <b>CONTROL DE CAMBIOS</b>                                                             |                                                                                                                             |                                   |                     |
| REV                                                                                   | FECHA                                                                                                                       | DESCRIPCION DEL CAMBIO            | APROBO              |
| 1                                                                                     | 22/10/2021                                                                                                                  | Creación del documento            | Representante legal |
|                                                                                       |                                                                                                                             |                                   |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                             |                                   |                     |