ICOD Construcciones y proyectos S.A.S	**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA**	SST-FT-07 Fecha: 26/01/2026 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-02-2026.

NOMBRES: Paola Andrea APELLIDOS: Copaban Rico

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: cc 52335172 DE Bogota

EDAD: 49 EPS: Famisanar FONDO DE PENSION: Porvenir.

DIRECCIÓN: cll 169-58-46 Casa 40 TELÉFONO: 3107758274

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 4

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Maria Cristina Rico

NÚMERO DE TELÉFONO: 3114659763 PARENTESCO: Mamá

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

FIRMA: Paola Copaban.

ICOD Construcciones y proyectos S.A.S	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 26/01/2026 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/02/2026

NOMBRES: Oscar Julian APELLIDOS: Morera Carrazco

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC DE 1032472773

EDAD: 30 EPS: Salud bbl FONDO DE PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Kl 75A #20-31 TELÉFONO: 3125861407

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 4

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Daniela Rocha

NÚMERO DE TELÉFONO: 3003709329 PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

FIRMA: Oscar Julian Morera Carrazco

ICOD Construcciones y proyectos S.A.S	**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA**	SST-FT-07 Fecha: 26/01/2026 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-02-2026.

NOMBRES: Yasmin Caterine APELLIDOS: Burbano Narvaez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: Cédula 1123325185 DE Orito.

EDAD: 35 EPS: Sura FONDO DE PENSION: Porvenir.

DIRECCIÓN: Cra 10 # 5-29 sur TELÉFONO: 3209022038.

ESTADO CIVIL: U. Libre. NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X. Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X. Estudio _____
Recreación y deporte X. Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X.

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Alabiades canchon.

NÚMERO DE TELÉFONO: 3045814849 PARENTESCO: Esposo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X. ¿CuáL?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yasmin Burbano

FIRMA: _____

ICOD Construcciones y proyectos S.A.S	**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA**	SST-FT-07 Fecha: 26/01/2026 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-02-2026.

NOMBRES: Daniela Camila APELLIDOS: Rocha.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC. 1097012961 DE Bogotá.

EDAD: 30. EPS: Salud total. FONDO DE PENSION: Colpensiones.

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESTADO CIVIL: Casada. NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL ____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Oscar Moreno

NÚMERO DE TELÉFONO: 3125861487 PARENTESCO: Esposo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

_____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Daniela Rochal.

FIRMA: Daniela Rochal