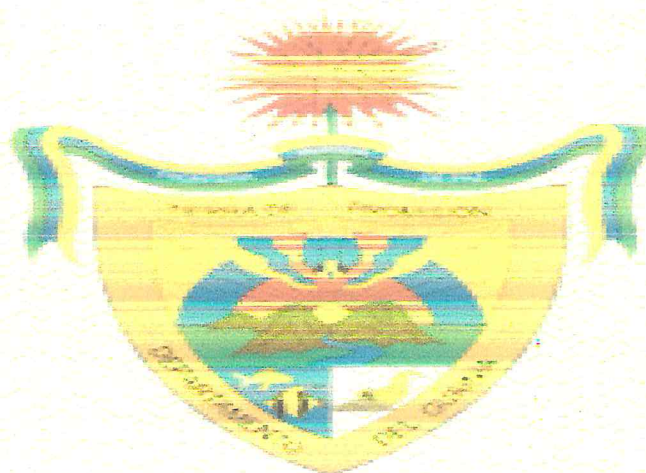


|                                                                                   |                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                     |
|                                                                                   | <b>NIVEL 0: PORTADAS N°:</b>                                    | INF-SST-001                         |
|                                                                                   | <b>SG-SST</b>                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)</b>             |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023           |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Versión:</b> 001                 |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Página</b> 1 de 1                |

# **INFORME MENSUAL DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**



**IRINIDA- GUAINIA.**

**MAYO DEL 2026**

|                                                                     |                                                        |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora. | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> INF-SST-001                      |
|                                                                     |                                                        |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |

## INTRODUCCIÓN

Las inspecciones, continúan siendo la mejor forma de detectar y controlar los accidentes potenciales, antes de que ocurran las pérdidas que pueden involucrar gente, equipo, material y medio ambiente. Es indispensable el conocimiento que se tiene con respecto a los procesos que se realizan por cada una de las áreas de trabajo y saber en determinada situación con el fin de que el trabajo se ejecute correctamente. La observación de cómo se está ejecutando una labor se puede llegar al análisis si el trabajo se está realizando bien o se puede cambiar o añadir para que los resultados mejoren cada vez más. Se debe evaluar el trabajo de las personas para poder detectar los errores, el no hacerlo puede causar un alto porcentaje de accidentes. La clave está en asegurarse de que el cambio sea advertido y evaluado, a fin de determinar todo lo potencial para beneficio o perjuicio.

Es uno de los mejores instrumentos disponibles para descubrir problemas y evaluar sus riesgos "antes que ocurran". Disminución de costos, atacando el presupuesto de la empresa ocasionado por los accidentes de trabajo, generados por las condiciones locativas y mecánicas, produciendo perdidas en la disminución laboral.

Las inspecciones son necesarias para detectar oportunamente dichas exposiciones, a la vez proporcionan una retroalimentación que permite establecer si la adquisición de equipos y entrenamiento de los trabajadores es la adecuada.



**INFORME DE INSPECCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL  
TRABAJO.**

**CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**



**NIT: 892000495-9**

**29 DE MAYO DEL 2026**

**IRINIDA – GUAINIA.**

## **JUSTIFICACIÓN**

En el artículo 2 de la Resolución 1016 de 1989, se definieron los programas de seguridad y salud en el trabajo como la "planeación, organización, ejecución y control de las actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial, tendientes a mejorar y a preservar la salud de los trabajadores.

La Seguridad y Salud en el Trabajo es una técnica de carácter preventivo, que tiene por objeto la detección de riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, mediante la observación de todas las situaciones inherentes a un proceso, consistentes básicamente en instalaciones locativas, materias primas e insumos, almacenamiento, sistemas de control de emergencias y todas aquellas condiciones que puedan influir en la salud y seguridad del trabajador.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Fomentar conciencia de la importancia tan relevante como son las inspecciones planeadas para llegar a un fin común como es el control de pérdidas.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las condiciones que nos representan riesgo y pueden generar un posible accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- Detectar posibles daños que generan costo económico, gravedad, magnitud y frecuencia de pérdidas ocasionadas.

## METODOLOGIA Y POBLACION

El día 29 de MAYO del 2026 a las 9:00 am se realizó la respectiva inspección de seguimiento de Condiciones Generales de **LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**, la inspección consistió en realizar una observación de las instalaciones, de tal manera que se pueda demostrar que las instalaciones son seguras y se han tomado las medidas posibles para prevenir o limitar las consecuencias de accidentes y enfermedades laborales.

### DESARROLLO DE LA INSPECCIÓN

#### 1. CONDICIONES GENERALES

| Aspecto                           | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|----------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demarcación de áreas              | Cumple               | X | Se observa la demarcación del puesto de trabajo, el extintor se encuentran con su respectiva señalización, se evidencia rutas de evacuación, cuentan con camilla y botiquín debidamente señalizado. |
|                                   | No cumple            |   |                                                                                                                                                                                                     |
|                                   | No aplica            |   |                                                                                                                                                                                                     |
| Orden y aseo en puesto de trabajo | Cumple               | X | Se observó que el puesto de trabajo se encuentran ordenado y aseado en los diferentes espacios de las áreas de <b>LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA</b> ,                                    |
|                                   | No cumple            |   |                                                                                                                                                                                                     |
|                                   | No aplica            |   |                                                                                                                                                                                                     |

#### Recomendaciones:

1. Seguir implementando el programa de orden y aseo en las instalaciones
2. Inspeccionar áreas 15 minutos antes de finalizar labores para dejar en orden el sitio de trabajo.
3. Seguir manteniendo el habito de guardar los equipos y la organización del puesto de trabajo después de haberlos utilizado.
4. Seguir manteniendo el paso restringido a personas ajenas de **LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**.

### INSPECCIÓN

#### 2. PUESTOS DE TRABAJO

| Aspecto            | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                            |
|--------------------|----------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Espacio de Trabajo | Cumple               | X | El espacio de trabajo se encuentra dentro de las longitudes establecidas, dejando el área despejado sin obstáculos que |
|                    | No cumple            |   |                                                                                                                        |
|                    | No aplica            |   |                                                                                                                        |



|                       |           |   |                                                                                                                                             |
|-----------------------|-----------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |           |   | puedan ser considerado como condición insegura.                                                                                             |
| Superficie de trabajo | Cumple    | X | Las áreas superficiales de trabajo se encuentran en adecuado aseo sin obstaculizar el desarrollo de las actividades propuestas de la tarea. |
|                       | No cumple |   |                                                                                                                                             |
|                       | No aplica |   |                                                                                                                                             |

Recomendaciones:

1. Mantener siempre libre de obstáculos el puesto de trabajo.
2. Seguir manteniendo el orden y aseo con los elementos que se utilizan para el desarrollo de las actividades.

#### INSPECCIÓN 5. ESTRUCTURA

| Aspecto             | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                               |
|---------------------|----------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pisos               | Cumple               | X | Los pisos se encuentran en adecuado aseo, para el desarrollo de las actividades.          |
|                     | No cumple            |   |                                                                                           |
|                     | No aplica            |   |                                                                                           |
| Ventilación         | Cumple               | X | La ventilación es buena ya que cuenta con flujo de aire natural en los sitios de trabajo. |
|                     | No cumple            |   |                                                                                           |
|                     | No aplica            |   |                                                                                           |
| Paredes y Techos    | Cumple               | X | Se observa en óptimas condiciones las paredes y techos.                                   |
|                     | No cumple            |   |                                                                                           |
|                     | No aplica            |   |                                                                                           |
| Pasillos Peatonales | Cumple               | X | Se evidencia los pasillos libres de obstáculos y en adecuado orden y aseo.                |
|                     | No cumple            |   |                                                                                           |
|                     | No aplica            |   |                                                                                           |
| Suministro de agua  | Cumple               | X | se cuenta con suministro de agua potable.                                                 |
|                     | No cumple            |   |                                                                                           |
|                     | No aplica            |   |                                                                                           |

|             |           |   |                                                                                       |
|-------------|-----------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Iluminación | Cumple    | X | Se cuenta con luz artificial de la balas led, pero se están presentando las falencias |
|             | No cumple |   |                                                                                       |
|             | No aplica |   |                                                                                       |

Recomendaciones:

1. Seguir manteniendo el adecuado orden y aseo del piso para evitar cualquier eventualidad.
2. Reportar cualquier condición insegura que suceda dentro y fuera de **LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

**INSPECCIÓN**  
**6. PLAN DE EMERGENCIA**

| Aspecto               | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                                                    |
|-----------------------|----------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rutas de Evacuación   | Cumple               | x | La ruta de evacuación está libre de obstáculos y es la más rápida. Se encuentra señalizada para que sea más fácil la identificación.           |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            |   |                                                                                                                                                |
| Puertas de Emergencia | Cumple               | x | La puerta cuenta con la señalización de emergencia adecuada.                                                                                   |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            |   |                                                                                                                                                |
| Planos de Evacuación  | Cumple               | x | Se evidencia plano de evacuación.                                                                                                              |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            |   |                                                                                                                                                |
| Punto de Encuentro    | Cumple               | x | El punto de encuentro está establecido y divulgado al colaborador de <b>LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,</b> se encuentra señalizado. |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            |   |                                                                                                                                                |
| Detectores de Humo    | Cumple               |   | N/A                                                                                                                                            |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            | X |                                                                                                                                                |
| Señalización          | Cumple               | X | Se evidencia señalización de emergencia.                                                                                                       |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |
|                       | No aplica            |   |                                                                                                                                                |
| Señal de Alarma para  | Cumple               | X | Se evidencia un silbato ya que se puede activar en caso de emergencia de forma rápida.                                                         |
|                       | No cumple            |   |                                                                                                                                                |

|            |           |  |  |
|------------|-----------|--|--|
| Emergencia | No aplica |  |  |
|------------|-----------|--|--|

Recomendaciones:

1. Realizar las inspecciones periódicas con el fin de poder establecer controles precoces en la identificación de condiciones inseguras en área locativa.

#### INSPECCIÓN 7. SERVICIOS SANITARIOS

| Aspecto                     | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Baños y baterías sanitarias | Cumple               |   | Los baños y las baterías sanitarias se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo, pero el baño cerca a la cocina se encuentra tapada su cañería |
|                             | No cumple            | X |                                                                                                                                                        |
|                             | No aplica            |   |                                                                                                                                                        |
| Conexiones Sanitarias       | Cumple               | X | Las conexiones sanitarias se encuentran en buenas condiciones.                                                                                         |
|                             | No cumple            |   |                                                                                                                                                        |
|                             | No aplica            |   |                                                                                                                                                        |

Recomendaciones:

1. Realizar las inspecciones periódicas con el fin de poder establecer controles precoces en la identificación de condiciones inseguras en área locativa.
2. Mantenimiento correctivo al lavamanos del baño de los hombres

#### INSPECCIÓN 8. DISPOSICION DE RESIDUOS Y RED ELECTRICA

| Aspecto                     | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                     |
|-----------------------------|----------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Disposición de Residuos     | Cumple               | x | se observó punto ecológico.                                                                                     |
|                             | No cumple            |   | Se debe poner las bolsas de colores en las canecas.                                                             |
|                             | No aplica            |   |                                                                                                                 |
| Existe programa de Residuos | Cumple               | x | Cuenta con el programa de gestión de residuos, se debe implementar con todo el personal de la organización.     |
|                             | No cumple            |   |                                                                                                                 |
|                             | No aplica            |   |                                                                                                                 |
| Conexiones Eléctricas       | Cumple               | x | Las instalaciones eléctricas de la <b>CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA</b> , se encuentran en buen estado. |
|                             | No cumple            |   |                                                                                                                 |
|                             | No aplica            |   |                                                                                                                 |



Recomendaciones:

1. Se recomienda capacitar a los colaboradores en la clasificación de los residuos y se sugiere rotular las canecas para la clasificación de los residuos.
2. Organizar los cables de los equipos que se desconectan después de utilizarlos.
3. Revisión de la tubería del baño que esta diagonal a la cocina de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,**

**8.1. OBSERVACIÓN DE COMPORTAMIENTOS**

| Aspecto                       | Condición Encontrada |   | Descripción de lo observado                                                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tránsito de los colaboradores | Cumple               | X | No se evidencia falencia alguna con el tránsito de colaboradores dentro de las instalaciones de <b>LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,</b> |
|                               | No cumple            |   |                                                                                                                                                  |
|                               | No aplica            |   |                                                                                                                                                  |
| Calzado de los colaboradores  | Cumple               | X | El personal cuenta con calzado normal.                                                                                                           |
|                               | No cumple            |   |                                                                                                                                                  |
|                               | No aplica            |   |                                                                                                                                                  |

Recomendaciones:

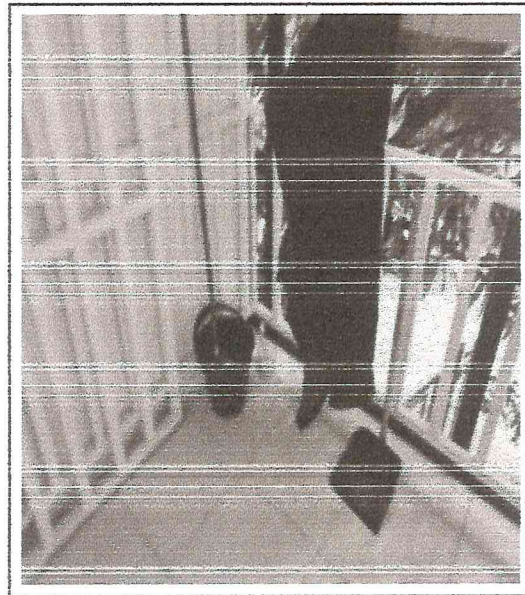
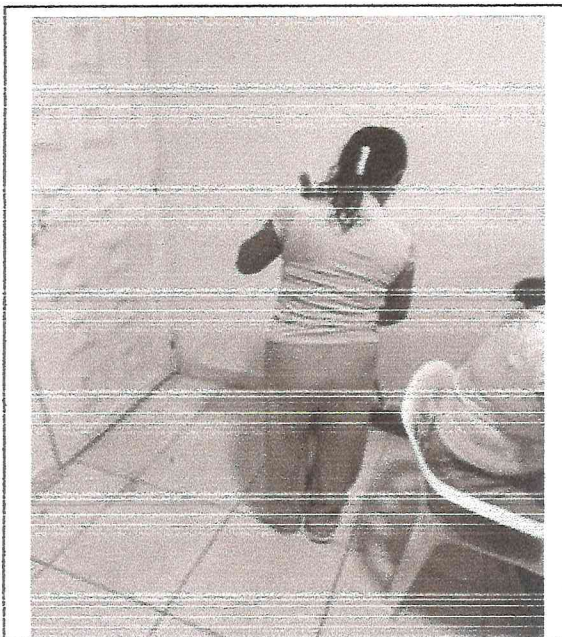
1. Se recomienda realizar seguimiento al uso de los EPI, y dotación adecuada para la auxiliar de servicios generales.



## OBSERVACIONES GENERALES

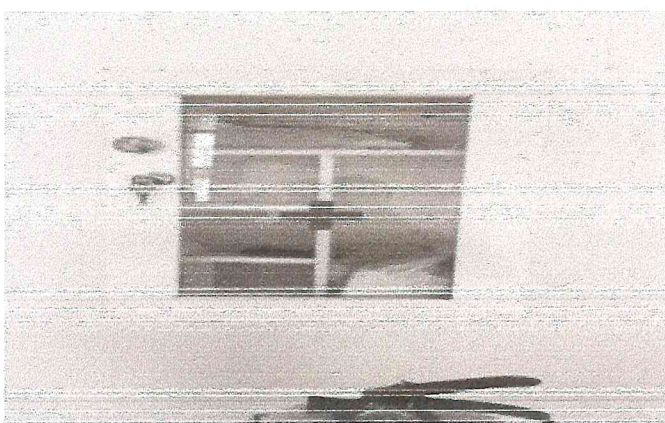
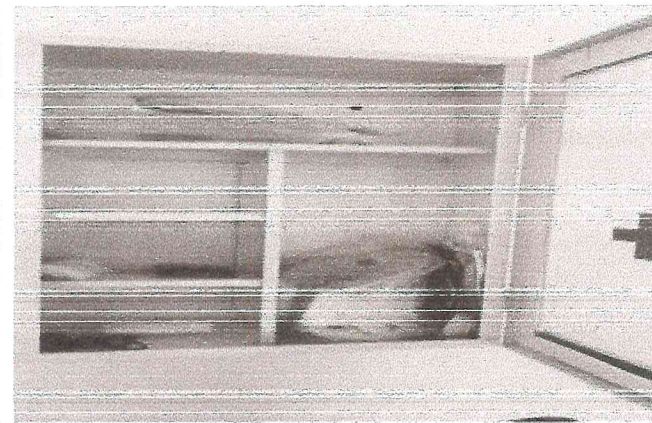
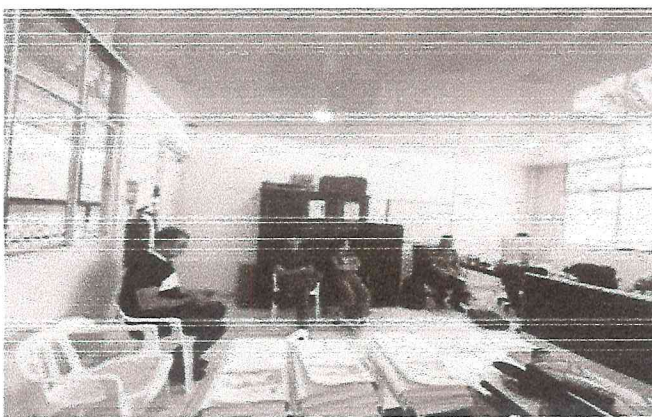
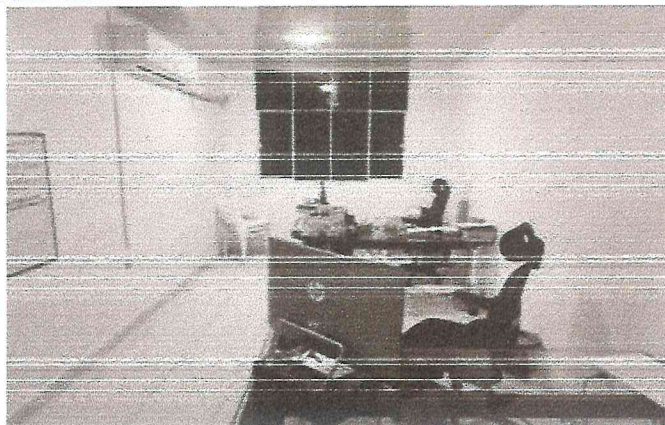
1. Se debe realizar orden y aseo esporádica.
2. Disponer de bolsas de colores para las canecas y clasificar los residuos sólidos en ellas.
3. Reportar las condiciones de salud de manera inmediata en caso de presentar alguna anomalía.
4. Mantenimientos periódicos a las herramientas, equipos, maquinas que se utiliza
5. Revisión periódica de las computadores e impresoras de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,**

## ANEXO: FOTOS DE EVIDENCIA

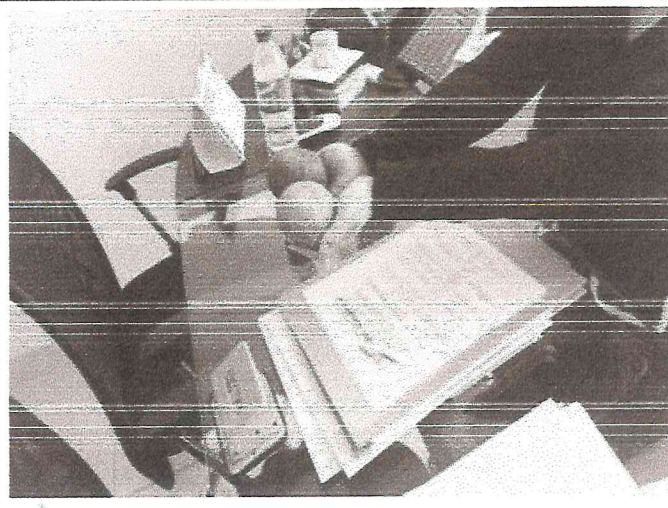
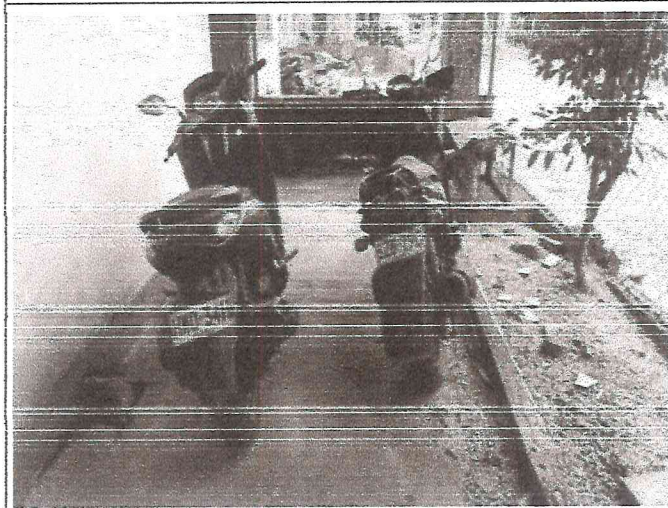
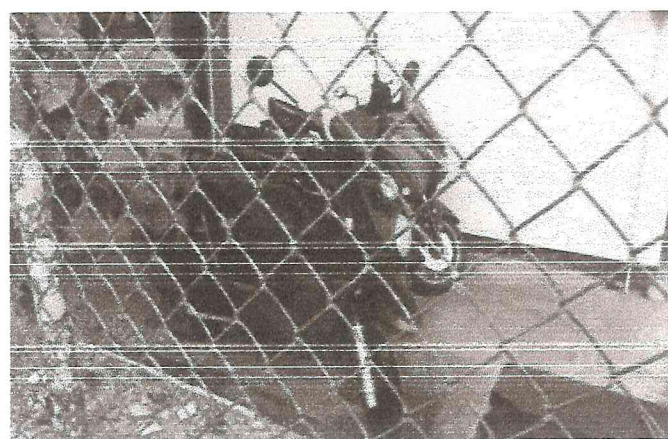
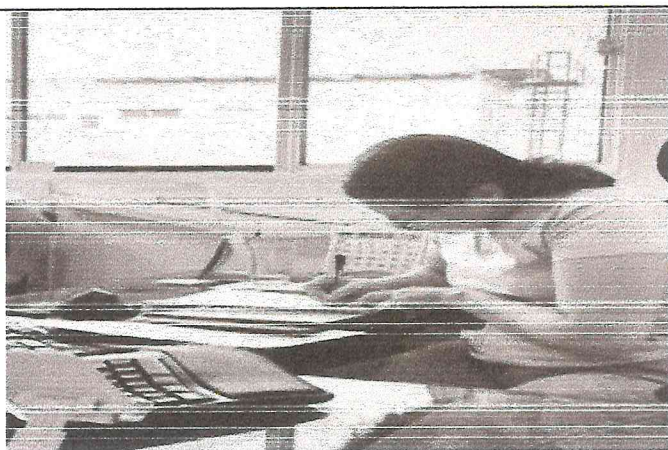
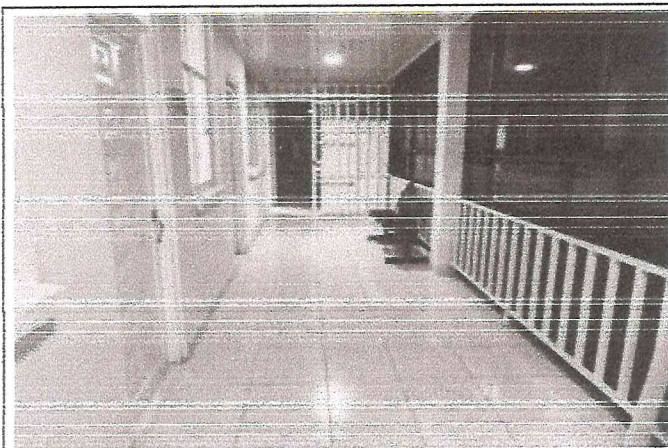




**EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,**







Sergio Perea  
115183 SO

PROFESIONAL SST



|                                                                                   |                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                     |
|                                                                                   | <b>NIVEL 0: PORTADAS N°:</b>                                    | <b>INF-SST-001</b>                  |
|                                                                                   | <b>SG-SST</b>                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                       |                      |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| <b>SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)</b> | <b>Fecha:</b>        | <b>NOV 15/2023</b> |
|                                                                       | <b>Versión:</b>      | <b>001</b>         |
|                                                                       | <b>Página 2 de 1</b> |                    |

## **ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS FUNCIONARIOS**



**CORTE DEL 01/05/2026 AL 31/05/2026**

|                                                                     |                                                        |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora. | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> INF-SST-001                      |
|                                                                     |                                                        |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |



|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-093</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO SG-SST</b>                                     |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 1 de 1 |

### FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

**FECHA: 01 de MAYO del 2026**

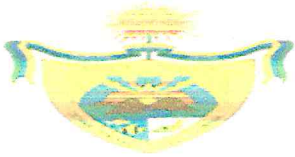
| EVIDENCIA                                                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> | <p>SE REALIZA LA INSPECCION VISUAL DE LOS VEHICULOS EN EL CUAL ESTAN ASIGNADOS A LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA, EN EL CUAL LA YAMAHA BWIS NO ESTA EN FUNCIONAMIENTO YA QUE TOCA REALIZARLE MANTENIMIENTO, LA YAMAHA NMAX ES LA QUE SE ENCUENTRA EN SERVICIO PARA LO QUE SE NECESITE HACER ALGUNA DILIGENCIA.</p> |

**Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.**

**Cargo: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>supervisora | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-093<br><b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-093</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO SG-SST</b>                                     |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 1 de 1 |

### FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACION COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.**

**FECHA: 08 de MAYO del 2026**

| EVIDENCIA                                                                          | DESCRIPCIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>SE REALIZA LA CAPACITACION DE LOS INTEGRANTES DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA EXPLICANDO EL TEMA DE CONVIVENCIA LABORAL COMO UN ORGANISMO QUE SIRVE PARA LA MEDICION DE CLIMA LABORAL, ESCUCCHAR QUEJAS SOBRE PRESUNTOS ACOSOS LABORALES, ESCUCCHAR LAS PARTES INVOLUCRADAS REVISION DE INDICADORES DE PROBLEMAS INERPERSONALES LA RESOLUCION DE CONFLICTOS ENTRE COMPAÑEROS.</p> |

**Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.**

**Cargo: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>supervisora | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-093<br><b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL                               | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

POSITIVA SIN FRONTERAS

## INFORME DE VISITA DE ASESORÍA EMPRESARIAL

GERENTE DE PROYECTO:  
Diego Mauricio Galvis Wolf

ESPECIALISTA PSICOSOCIAL  
Jairo Jesus Romero Guerrero  
Psicólogo especializado en Seguridad y Salud en el Trabajo – Licencia No. Resolución 25652  
renovada mayo de 2025

Vicepresidencia de Promoción y Prevención  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. – POSITIVA EDUCA

|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL                               | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

## Contenido

|     |                               |   |
|-----|-------------------------------|---|
| 1.  | INTRODUCCIÓN                  | 3 |
| 2.  | OBJETIVO                      | 3 |
| 3.  | ALCANCE                       | 3 |
| 4.  | DATOS DE LA EMPRESA           | 3 |
| 5.  | TEMAS TRATADOS                | 3 |
| 6.  | DATOS DE CONTACTO             | 3 |
| 7.  | DESARROLLO DE LA REUNIÓN      | 3 |
| 8.  | EVIDENCIA Y DOCUMENTOS ANEXOS | 4 |
| 9.  | FOTOGRAFÍA ESTRATÉGICA        | 5 |
| 10. | FIRMAS                        | 5 |



|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL                               | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como objetivo evidenciar y documentar la actividad asesoría realizada a la CONTRALORIA GENERAL DEL GUAINIA a través de un espacio lúdico presencial donde se brinda una actividad denominada: COMITE DE CONVIVENCIA, MANEJO DE ESTRES, ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL BIENESTAR Y LA PRODUCTIVIDAD.

## 2. OBJETIVO

Brindar asistencia técnica en la respectiva gestión del riesgo Psicosocial para la promoción del la salud mental y el bienestar de los funcionarios, desde la implementación de una actividad dinámica y lúdica enfocada en El bienestar y la productividades mediante la prevención del estrés, el uso adecuado de los canales de atención.

## 3. ALCANCE

Se brindó la actividad a los funcionarios de la entidad directos y contratistas contando con una participación de 8 personas impactadas y capacitadas en Funciones Generales del comite de convivencia laboral , acciones de promocion y prevencion, g Riesgo psicosocial, gestión del estrés uso de herramientas mediante la aplicacion de estrategias enfocadas en el bienestar y la productividad.

## 4. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa: CONTRALORIA GENERAL DEL GUAINIA

NIT: 892000495

Ciudad: Inirida / Guainia

Persona que recibió la asesoría: SILVIA ESPERANZA MARTINEZ MOVILLA - Responsable SST

Teléfono: 3103202378

## 5. TEMAS TRATADOS

- Marco legal y normativo vigente en Gestión del Riesgo Psicosocial
- Estrés definiciones, conceptos
- Factores protectores Psicosociales
- Actividades de prevención e intervención al estrés
- Conceptos y definiciones acerca del Burnout
- Intervención al estres y síntomas asociados
- Estrategías de Autocuidado individual y dentro del trabajo para el bienestar y la productividad

|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL                               | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

## 6. DATOS DE CONTACTO

| NOMBRE COMPLETO             | CARGO                             | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO           |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------|------------------------------|
| Sergio Mauricio Perea       | Responsable SST                   | 3208670767 | sergioeperea1992@hotmail.com |
| Jairo Jesus Romero Guerrero | Asesor Psicólogo especialista SST | 3196797768 | psicosaludjrg84@gmail.com    |

## 7. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La visita inició con la presentación del psicólogo especializado en seguridad y salud en el trabajo, asesor en gestión Psicosocial. Se realiza entrega del Kit POSITIVA así como la socialización de la agenda de trabajo. Se brinda una charla contextualizando los diferentes riesgos ocupacionales, haciendo énfasis en el Riesgo Psicosocial y sus diferentes factores asociados profundizando en comité de convivencia laboral funciones en general, manejo del estrés y estrategias para mejorar la productividad.

Posteriormente se inicia con la capacitación desde la contextualización y conceptualización del convivencia laboral funciones en general, manejo del estrés y estrategias para mejorar la productividad y el bienestar. Contexto de los riesgos laborales y posteriormente se inicia la parte lúdica dinámica donde se integran las diferentes personas y se realizan ejercicios por parejas los cuales tienen una connotación reflexiva y autocrítica en cuanto a la percepción frente a los factores Intralaborales, extralaborales y forma de experimentar y gestionar el estrés, así como el agotamiento laboral.

Finalmente se realiza la sensibilización, respuesta a inquietudes o dudas, se desarrollan y socializan conclusiones en torno a la adecuada y correcta gestión ante el estrés y prevención del Burnout.

## 8. EVIDENCIA Y DOCUMENTOS ANEXOS.

- \* Listado de asistencia
- \* Encuesta de satisfacción actividad realizada
- \* Informe de ejecución



|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL                               | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

## 9. FOTOGRAFÍAS ESTRATÉGICAS



|                                                                                   |                                                                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A/ARL                                | Código<br>VP-IGSOE-01 |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO DE EMPRESA | Versión: 1            |
|                                                                                   | Procesos Promoción y Prevención                                     | Página 1 de           |

## 10. FIRMAS

**Por la Empresa**

Nombre: Sergio Perea

Cargo: Responsable SST Guainia.

Firma: \_\_\_\_\_

**Por el Experto Asesor**

Nombre: Jairo Jesús Romero Guerrero

Cargo: Asesor Psicosocial

Firma:



**INFORME TECNICO REALIZADO POR:**

**JAIRO JESUS ROMERO GUERRERO**

LICENCIA SST No. Res.25652



## ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST

### ☒ ASESORIA ESPECÍFICA

| Fecha      | Hora inicio | Hora finalización | Horas totales     |
|------------|-------------|-------------------|-------------------|
| 12/05/2026 | 12:00       | 13:00             | 1 Horas 0 Minutos |

### ☐ ASESORIA POR PROYECTO

| Mes | Año |
|-----|-----|
|     |     |

### INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

| Nombre o Razón Social                  | Tipo de Documento                                                                                   | Número de Documento |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| CONTRALORIA GENERAL DEL GUAINIA        | NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | 892000495           |
| Dirección donde se realiza la asesoría | Ciudad / Municipio                                                                                  | Departamento        |
| CL 15 7 33 EDIF CAPREVISON PI 2        | INIRIDA                                                                                             | GUAINIA             |
| Teléfono de contacto                   | Correo electrónico                                                                                  |                     |
| 3118753590                             | admin@contraloria-guainia.gov.co                                                                    |                     |

### TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA

| Código                                                                  | Cantidad | Cobertura    | Temas tratados en la asesoría                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-PB-1-AC-52 (Aut. 29892 Act. 52)(Cont. 0259[2026])<br>Aut.29892 Act.52 | 1 Hora   | 1 PERSONA(s) | Asesoría en la aplicación de los estándares mínimos del SG-SST - Res.0312 de 2019. |
|                                                                         |          |              |                                                                                    |
|                                                                         |          |              |                                                                                    |
|                                                                         |          |              |                                                                                    |

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Diagnóstico integral enfocado en el decreto 1072 y estándares mínimos resolución 0312 El día hoy 12-05-2026 Se brindó asesoría a la empresa para la implementación de la autoevaluación inicial mencionada en el artículo 2.2.4.6.16 del Decreto 1072 de 2015, se hace entrega de la tabla de valores y se revisa cada uno del ítem de este artículo y se brinda asesoría sobre como generar cumplimiento a través de la plataforma de ALISSTA www.alissta.gov.co. Se realiza diagnóstico sobre la implementación de los estándares mínimos según Resolución 0312 de 2019 y se informa sobre el reporte obligatorio según el artículo 28 parágrafo 1 reporte a la ARL y la facilidad de cumplimiento a través de ALISSTA y su reporte al Ministerio de Trabajo según el artículo 28 parágrafo 2. Hallazgos 1. El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) ha sido adaptado al tamaño y características de la empresa; 2. El responsable del SG-SST cumple con los requisitos establecidos por la resolución 0312 del 2019, artículo 4 3. Se Evidencia de manera física la notificación de los exámenes médicos ocupacionales firmada por los trabajadores con sus recomendaciones. 4. la política incluye los compromisos y objetivos establecidos en el Decreto 1072/2015 - ARTICULO 2.2.4.6.7 Objetivos de la política de seguridad y salud en el trabajo (SST). 5. La organización realiza la encuesta del perfil sociodemográfico, realiza el análisis de los datos obtenidos y genera el informe de las condiciones de salud, Decreto 1072/2015 - ARTICULO 2.2.4.6.12. Documentación. 6. Se evidencian los formatos de registros de las inspecciones a las instalaciones, máquinas o equipos ejecutadas, direccionadas a las actividades de la empresa. 7. Se validan los Registros de las actividades de capacitación, formación y entrenamiento en seguridad y salud en el trabajo. (se reitera la importancia de reportar los estándares mínimos ARL.) 8. Se proporcionaron las líneas de atención de la ARL.

### RESULTADO DE LA VISITA

| ¿La visita fué exitosa?                                            | Sí la respuesta es NO, indique el motivo                                                                                        | Si marcó reprogramación, indique la nueva fecha del servicio |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo |                                                              |

Si la visita NO fué exitosa, justifique el motivo

### Calificación general de la calidad del servicio

☒ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente

### RESPONSABLE DE LA EMPRESA

| Nombre del responsable por la empresa |
|---------------------------------------|
| SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA         |
| Documento de identificación           |
| 1121893641                            |
| Cargo                                 |
| Profesional SST                       |
| Firma                                 |



Sergio P

### RESPONSABLE ARL

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre del responsable por la ARL   |                                     |
| MANUEL FERNANDO ESCUDERO MOSQUERA   |                                     |
| Documento de identificación         | No. Licencia SST y fecha expedición |
| 1030566999                          | 1331 27/05/2021                     |
| Cargo                               |                                     |
| asesor (PROFESIONAL)                |                                     |
| Razón social (En caso de proveedor) |                                     |
| SALUTIS & HSEQ SAS                  |                                     |
| Firma                               |                                     |



Manuel F. Escudero Mosquera



## ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST

☒ ASESORÍA ESPECÍFICA

| Fecha      | Hora inicio | Hora finalización | Horas totales     |
|------------|-------------|-------------------|-------------------|
| 12/05/2026 | 13:00       | 14:00             | 1 Horas 0 Minutos |

☐ ASESORÍA POR PROYECTO

| Mes | Año |
|-----|-----|
|     |     |

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

| Nombre o Razón Social                  | Tipo de Documento                                                                                   | Número de Documento |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| CONTRALORIA GENERAL DEL GUAINIA        | NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | 892000495           |
| Dirección donde se realiza la asesoría | Ciudad / Municipio                                                                                  | Departamento        |
| CL 15 7 33 EDIF CAPREVISON PI 2        | INIRIDA                                                                                             | GUAINIA             |
| Teléfono de contacto                   | Correo electrónico                                                                                  |                     |
| 3118753590                             | admin@contraloria-guainia.gov.co                                                                    |                     |

## TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA

| Código                                                                  | Cantidad | Cobertura    | Temas tratados en la asesoría                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-GI-9-AC-60 (Aut. 29892 Act. 60)(Cont. 0259[2026])<br>Aut.29892 Act.60 | 1 Hora   | 1 PERSONA(s) | Asesoría para la verificación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. |
|                                                                         |          |              |                                                                                          |
|                                                                         |          |              |                                                                                          |
|                                                                         |          |              |                                                                                          |

## OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

El día hoy 12/05/2026 a solicitud de la empresa, se brindó asesoría en la verificación de los documentos que forman parte del proceso de contratación, teniendo como fin contribuir a la correcta gestión de la documentación del trabajador, se brindó asesoría en el diseño de la lista de chequeo que incluya los documentos y soportes presentados por el colaborador a la entidad al momento de generar la vinculación. Descripción: Se validó la existencia de los siguientes soportes: 1. Contrato de trabajo, Documento de identidad, Hoja de vida, exámenes médicos ocupacionales, Notificación de recomendaciones medico laborales diligenciada por el trabajador o colaborador, formato de entrega de EPP y dotación, acta de inducción y evaluación de inducción (ART 2.2.4.6.12. Documentación - Decreto 1072 del 2015), Encuesta del perfil sociodemográfico, Asignación de responsabilidades en SST, notificación de participación en la identificación de peligros, documentos de afiliación, novedades del personal (licencias, incapacidades, entre otros), certificados de antecedentes y afiliación y demás documentos necesarios para el cargo, (cursos, capacitaciones entre otros). La presente actividad se realizó a solicitud del área administrativa para consolidar sus procesos y garantizar una correcta disposición de la información, en la presente asesoría se recomienda implementar los mecanismos de auto reporte de condiciones y actos inseguros para fortalecer las medidas preventivas y correctivas, 2. se recomienda incluir en las áreas de trabajo poster informativos sobre el reporte de accidentes de trabajo (se brinda material apoyo positiva), líneas de atención de las entidades de socorro como hospitales, policía, cruz roja teniendo en cuenta las características de riesgo del área y zona. 3. Fomentar la participación por parte de los trabajadores en las actividades de inspección locativa, así como recordar la importancia de notificar condiciones de riesgo.

## RESULTADO DE LA VISITA

| ¿La visita fue exitosa?                                            | Si la respuesta es NO, indique el motivo                                                                                        | Si marcó reprogramación, indique la nueva fecha del servicio |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo |                                                              |

Si la visita NO fue exitosa, justifique el motivo

## Calificación general de la calidad del servicio

☒ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente

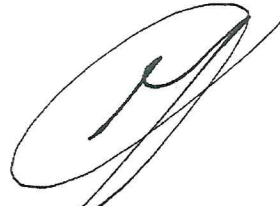
## RESPONSABLE DE LA EMPRESA

| Nombre del responsable por la empresa |
|---------------------------------------|
| SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA         |
| Documento de identificación           |
| 1121893641                            |
| Cargo                                 |
| Profesional SST                       |
| Firma                                 |



## RESPONSABLE ARL

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre del responsable por la ARL   |                                     |
| MANUEL FERNANDO ESCUDERO MOSQUERA   |                                     |
| Documento de identificación         | No. Licencia SST y fecha expedición |
| 1030566999                          | 1331 27/05/2021                     |
| Cargo                               |                                     |
| asesor (PROFESIONAL)                |                                     |
| Razón social (En caso de proveedor) |                                     |
| SALUTIS & HSEQ SAS                  |                                     |
| Firma                               |                                     |





## ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST

☒ ASESORÍA ESPECÍFICA

| Fecha      | Hora inicio | Hora finalización | Horas totales     |
|------------|-------------|-------------------|-------------------|
| 12/05/2026 | 15:00       | 16:00             | 1 Horas 0 Minutos |

☐ ASESORÍA POR PROYECTO

| Mes | Año |
|-----|-----|
|     |     |

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

| Nombre o Razón Social                  | Tipo de Documento                                                                                   | Número de Documento |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| CONTRALORIA GENERAL DEL GUAINIA        | NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | 892000495           |
| Dirección donde se realiza la asesoría | Ciudad / Municipio                                                                                  | Departamento        |
| CL 15 7 33 EDIF CAPREVISON PI 2        | INIRIDA                                                                                             | GUAINIA             |
| Teléfono de contacto                   | Correo electrónico                                                                                  |                     |
| 3118753590                             | admin@contraloria-guainia.gov.co                                                                    |                     |

## TEMAS TRATADOS EN LA ASESORÍA

| Código                                                                  | Cantidad | Cobertura    | Temas tratados en la asesoría                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-PB-1-AC-53 (Aut. 29892 Act. 53)(Cont. 0259[2026])<br>Aut.29892 Act.53 | 1 Hora   | 1 PERSONA(s) | Asesoría en la Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (Matriz de Riesgos y Peligros). |
|                                                                         |          |              |                                                                                                                   |
|                                                                         |          |              |                                                                                                                   |
|                                                                         |          |              |                                                                                                                   |

## OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Asesoría en la Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos (Matriz de Riesgos y Peligros) El día de hoy 12-05-2026 se brindó asesoría a la empresa, para la identificación, evaluación y valoración de peligros y riesgos, la cual su actividad económica es vigilancia y control de la gestión pública. Objetivo: Brindar asesoría en la identificación, evaluación y valoración de peligros y riesgos en la empresa, asegurando la actualización y eficacia de la Matriz de Riesgos y Peligros de acuerdo a los lineamientos de la GTC 45 Hallazgos: 1. Se evidencia que la matriz de peligros y riesgos está organizada y valorada de acuerdo con las actividades ejecutadas en la empresa, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.15, sobre identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos. 2. Se han identificado todos los peligros existentes en las diferentes áreas de trabajo, siendo prioritarios el riesgo biomecánico y el locativo. 3. Las directrices de diseño y ejecución se desarrollaron siguiendo los parámetros establecidos en la norma GTC 45, describiendo los controles y evaluando los riesgos según las actividades desempeñadas por el personal. 4. La matriz fue diseñada considerando las actividades y riesgos específicos de la empresa, así como la ocurrencia de incidentes y accidentes. 5. Las medidas de prevención se han ejecutado en gran medida, validándose la existencia de los registros correspondientes a las actividades realizadas. Recomendaciones: 1. categorizar las actividades con el fin de facilitar la identificación de peligros y la valoración de riesgos de manera específica, garantizando que los controles implementados sean adecuados a los factores de riesgo existentes. 2. Se recomienda incluir medidas de intervención que correspondan a la jerarquía de controles (eliminación, sustitución, ingeniería, administrativas y EPP), en concordancia con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.15

## RESULTADO DE LA VISITA

| ¿La visita fue exitosa?                                            | Si la respuesta es NO, indique el motivo                                                                                        | Si marcó reprogramación, indique la nueva fecha del servicio |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo |                                                              |

Si la visita NO fue exitosa, justifique el motivo

## Calificación general de la calidad del servicio

☒ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente

## RESPONSABLE DE LA EMPRESA

| Nombre del responsable por la empresa |
|---------------------------------------|
| SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA         |
| Documento de identificación           |
| 1121893641                            |
| Cargo                                 |
| Profesional SST                       |
| Firma                                 |

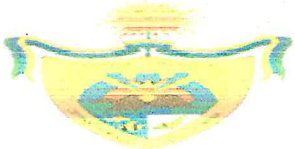


## RESPONSABLE ARL

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre del responsable por la ARL   |                                     |
| MANUEL FERNANDO ESCUDERO MOSQUERA   |                                     |
| Documento de identificación         | No. Licencia SST y fecha expedición |
| 1030566999                          | 1331 27/05/2021                     |
| Cargo                               |                                     |
| asesor (PROFESIONAL)                |                                     |
| Razón social (En caso de proveedor) |                                     |
| SALUTIS & HSEQ SAS                  |                                     |
| Firma                               |                                     |



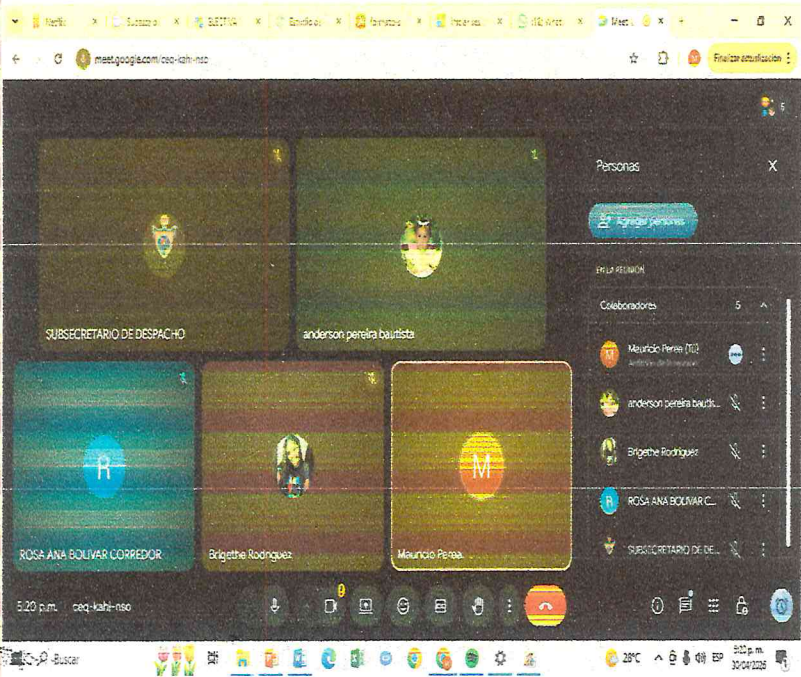


|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-093</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO SG-SST</b>                                     |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 1 de 1 |

### FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACION EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - ARL POSITIVA.**

**FECHA: 13 de MAYO del 2026**

| EVIDENCIA                                                                          | DESCRIPCIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>SE REALIZA CAPACITACION SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO POR PARTE DE LA ARL POSITIVA DONDE NOS EXPLICAN LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR CIERTAS SEÑALES O FACTORES DE COMPORTAMIENTO HUMANO PARA EVITAR UNA FUTURA TRAGEDIA POR PARTE DEL RIESGO PSICOSOCIAL, SI SE PRESENTA DEBEOS INFORMAR DE MANERA INMEDIATA PARA LA APICACION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN INTENTAR HABLAR CON ELLAS PARA GENERAR UN ESPACIO DE CONFIANZA.</p> |

**Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.**

**Cargo: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>supervisora | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-093<br><b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                  |                                                          |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                                                     |
|                                                                                  | NIVEL 7: FORMATOS N°:                                    | FT-SST-042                                          |
|                                                                                  | SG-SST                                                   |                                                     |
| FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO                                         |                                                          | Fecha: NOV/15/2023<br>Versión: 001<br>Página 1 de 1 |

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

|                     |                                                |
|---------------------|------------------------------------------------|
| Nombre              | Reina Ana Belkys Concedor                      |
| Cargo               | PER de Responsabilidad Fiscal y Cobro Coactivo |
| Dependencia / Grupo |                                                |

FECHA

13/05/2026

Marque una X en la casilla que corresponda:

## 1. EDAD

- ☐ a. Menor de 18 años  
☐ b. 18 - 27 años  
☒ c. 28 - 37 años  
☐ d. 38 - 47 años  
☐ e. 48 años o mas

## 3. GÉNERO

- ☐ a. Masculino  
☒ b. Femenino

## 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- ☐ a. Primaria  
☐ b. Secundaria  
☐ c. Técnico / Tecnólogo  
☐ d. Universitario  
☒ e. Especialista / Maestro

## 7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- ☐ a. Otro trabajo  
☐ b. Labores domésticas  
☒ c. Recreación y deporte  
☐ d. Estudio  
☐ e. Ninguno

## 9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- ☒ a. Menos de 1 año  
☐ b. De 1 a 5 años  
☐ c. De 5 a 10 años  
☐ d. De 10 a 15 años  
☐ e. Más de 15 años

## 11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- ☐ a. Contrato Indefinido  
☐ b. Provisionalidad  
☒ c. Libre nombramiento y remoción  
☐ d. Contrato de Prestación de Servicios  
☐ e. Honorarios/servicios profesionales

## 13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- ☐ a. Si  
☒ b. No

Cual: \_\_\_\_\_

## 15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- ☐ a. No  
☒ b. Si

Semanal \_\_\_\_\_  
 Mensual \_\_\_\_\_  
 Quincenal \_\_\_\_\_  
 Ocasional ☒

## 2. ESTADO CIVIL

- ☒ a. Soltero (a)  
☐ b. Casado (a)/union libre  
☐ c. Separado (a)/Divorciado  
☐ d. Viudo (a)

## 4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- ☒ a. Ninguna  
☐ b. 1 - 3 personas  
☐ c. 4 - 6 personas  
☐ d. Más de 6 personas

## 6. TENENCIA DE VIVIENDA

- ☐ a. Propia  
☒ b. Arrendada  
☐ c. Familiar  
☐ d. Compartida con otra(s) familia(s)

## 8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- ☐ a. Mínimo Legal (S.M.L.)  
☒ b. Entre 1 a 3 S.M.L.  
☐ c. Entre 4 a 5 S.M.L.  
☐ d. Entre 5 y 6 S.M.L.  
☐ e. Mas de 7 S.M.L.

## 10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- ☒ a. Menos de 1 año  
☐ b. De 1 a 5 años  
☐ c. De 5 a 10 años  
☐ d. De 10 a 15 años  
☐ e. Más de 15 años

## 12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- ☐ a. Vacunación  
☐ b. Salud oral  
☐ c. Exámenes de laboratorio/otros  
☐ d. Exámenes periódicos  
☐ e. Spa (Relajación)  
☒ f. Capacitaciones en SST  
☐ g. Ninguna

## 14. FUMA

- ☐ a. Si  
☒ b. No

Promedio diario \_\_\_\_\_

## 16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- ☐ a. No  
☒ b. Si

Diario \_\_\_\_\_  
 Semanal ☒ \_\_\_\_\_  
 Quincenal \_\_\_\_\_  
 Mensual \_\_\_\_\_  
 Ocasional \_\_\_\_\_

## 17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ☐ a. No  
☒ b. Si

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

|                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                       |                                                                  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
|                                                                                                                                        |                                                                  | NIVEL 7:                                                 |                                                      | FORMATOS N°:                   |                                                                                                                                                 | FT-SST-043 |
|                                                                                                                                        |                                                                  | SG-SST                                                   |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                                | Fecha: NOV/15/2023                                                                                                                              |            |
|                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      |                                | Versión: 001                                                                                                                                    |            |
|                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      |                                | Página 1 de 1                                                                                                                                   |            |
| Ciudad:                                                                                                                                | Intrida                                                          |                                                          |                                                      | FECHA                          | 13/05/26                                                                                                                                        |            |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                    |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                                                   |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                        |                                                                  | SEGUNDO APELLIDO                                         |                                                      | NOMBRES                        |                                                                                                                                                 |            |
| Bolívar                                                                                                                                |                                                                  | Corredor                                                 |                                                      | Para Ana                       |                                                                                                                                                 |            |
| SEXO                                                                                                                                   | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | EDAD (años)                                              | 30                                                   | ESTADO CIVIL                   | Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |            |
| EPS                                                                                                                                    | Proteger EPS                                                     | AFP                                                      | Bravear                                              | ARL                            | Positiva                                                                                                                                        |            |
| Cargo                                                                                                                                  | jefe de Responsabilidad Fiscal                                   |                                                          | Dependencia                                          | Responsabilidad Fiscal y cobro |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Qué equipos opera?                                                                                                                    |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| No tengo ninguna enfermedad.                                                                                                           |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución                                                     |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique                                                           |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique                                      |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué?   |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué? |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica?                                                                                                   |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| ¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| Caminar de una hora a 2 horas                                                                                                          |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| FIRMAS                                                                                                                                 |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |
| Firma del trabajador                                                                                                                   |                                                                  |                                                          | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo |                                |                                                                                                                                                 |            |
| C.C. 1121927650                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      |                                |                                                                                                                                                 |            |



|                                                       |                                                                  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                        |                                                                  | NIVEL 7:                                                 |                                                      | FORMATOS N°:       |                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                        |                                                                  | FT-SST-043                                               |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| SG-SST                                                                                                                                 |                                                                  |                                                          |                                                      | Fecha: NOV/15/2023 |                                                                                                                                                 |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      | Versión: 001       |                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      | Pagina 1 de 1      |                                                                                                                                                 |
| CIUDAD: Inimba - Guano                                                                                                                 |                                                                  |                                                          | FECHA: 14/05/26                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                    |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                                                   |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                        |                                                                  | SEGUNDO APELLIDO                                         |                                                      | NOMBRES            |                                                                                                                                                 |
| Ovalle                                                                                                                                 |                                                                  | Puello                                                   |                                                      | David Santiago     |                                                                                                                                                 |
| SEXO                                                                                                                                   | F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | EDAD (años)                                              | 30                                                   | ESTADO CIVIL       | Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |
| EPS                                                                                                                                    | Nueva EPS                                                        | AFP                                                      | Previsión                                            | ARL                | Previsión                                                                                                                                       |
| Cargo                                                                                                                                  | Subsecretario Control Fiscal                                     |                                                          | Dependencia                                          | Control Fiscal.    |                                                                                                                                                 |
| ¿Qué equipos opera?                                                                                                                    |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| PC, impresora                                                                                                                          |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| Ninguna                                                                                                                                |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución                                                     |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| Ninguno.                                                                                                                               |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique                                                           |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| No aplica                                                                                                                              |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique                                      |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| No aplica.                                                                                                                             |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué?   |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué? |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica?                                                                                                   |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| N/A.                                                                                                                                   |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| ¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| Gimnasio - 5 días a la semana.                                                                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD                                                         |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| FIRMAS                                                                                                                                 |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |
| Firma del trabajador                                                                                                                   |                                                                  |                                                          | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo |                    |                                                                                                                                                 |
| C.C. 1.121.923.777                                                                                                                     |                                                                  |                                                          |                                                      |                    |                                                                                                                                                 |

|                                                                                           |                                                                  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |             |                         |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                            |                                                                  | NIVEL 7:                                                 |             | FORMATOS N°: FT-SST-043 |                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                            |                                                                  | SG-SST                                                   |             |                         |                                                                                                                                                 |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                                             |                                                                  |                                                          |             | Fecha:                  | NOV/15/2023                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                          |             | Versión:                | 001                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                          |             | Pagina 1 de 1           |                                                                                                                                                 |
| CIUDAD: Inirida - Guainía                                                                                                                                                  |                                                                  | FECHA: 14 05 26                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                                                        |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                            |                                                                  | SEGUNDO APELLIDO                                         |             | NOMBRES                 |                                                                                                                                                 |
| Kiebo                                                                                                                                                                      |                                                                  | Lopez                                                    |             | Angel Trebela           |                                                                                                                                                 |
| SEXO                                                                                                                                                                       | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | EDAD (años)                                              | 28          | ESTADO CIVIL            | Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |
| EPS                                                                                                                                                                        | Nuevo EPS                                                        | AFP                                                      | Porvenir    | ARL                     | Positive                                                                                                                                        |
| Cargo                                                                                                                                                                      | Subdirector Técnico                                              |                                                          | Dependencia | Control Fisco           |                                                                                                                                                 |
| ¿Qué equipos opera? PC / IMPRESORA                                                                                                                                         |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique NO.                                                                                         |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución N/A.                                                                                    |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique N/A.                                                                                          |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique N/A.                                                                     |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porqué? N/A.                                             |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porqué? N/A.                                           |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica? N/A.                                                                                                                                  |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| ¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?<br>Hobby → Arte, Diseño Fines de semana Deporte → Atletismo + Entrenamiento |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD                                                                                             |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| FIRMAS                                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |
| Firma del trabajador                                                                                                                                                       |                                                                  | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo     |             |                         |                                                                                                                                                 |
| C.C. 1.032.491.257                                                                                                                                                         |                                                                  |                                                          |             |                         |                                                                                                                                                 |



|                                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo         |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                     | <b>NIVEL 7:</b>                                                  |                                                      | <b>FORMATOS N°:</b> FT-SST-043 |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                     | <b>SG-SST</b>                                                    |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                                      |                                                                  |                                                      |                                | Fecha: NOV/15/2023                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                      |                                | Versión: 001                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                      |                                | Página 1 de 1                                                                                                                                                |
| CIUDAD: Inirida                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                      |                                | FECHA: 14 05 26                                                                                                                                              |
| <b>AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD</b>                                                                                                                          |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>                                                                                                                                         |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                     | SEGUNDO APELLIDO                                                 | NOMBRES                                              |                                | NRO IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                           |
| Rodriguez                                                                                                                                                           | Gonzalez                                                         | Brigitte Beionica                                    |                                | 1.006.769.315                                                                                                                                                |
| SEXO                                                                                                                                                                | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | EDAD (años)                                          | 23                             | ESTADO CIVIL Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |
| EPS                                                                                                                                                                 | Noava EPS                                                        | AFP                                                  | Colpensiones                   | ARL Positiva                                                                                                                                                 |
| Cargo                                                                                                                                                               | Contratista                                                      | Dependencia                                          | Administrativa y Financiera    |                                                                                                                                                              |
| ¿Qué equipos opera?                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| * Computador de mesa, escaner e impresora.                                                                                                                          |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique                                                                                      |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| Ninguna                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución - Dolor de espalda - Cuello.                                                     |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique - Dolor de espalda, ya que tengo usualmente una silla que no es ergonómica.            |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique - Si, porque mis actividades son unicamente frente al computador. |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué? Demora en citas.               |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porqué? Extracción de Cordal.        |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica? 3 dias                                                                                                                         |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| ¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?                                                                     |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| Juego Voleibol y Micro, por lo general los fines de semana.                                                                                                         |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| <b>SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD</b>                                                                               |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| * Cambiar de silla :)                                                                                                                                               |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| <b>FIRMAS</b>                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |
| Firma del trabajador                                                                                                                                                |                                                                  | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo |                                |                                                                                                                                                              |
| C.C 1.006.769.315                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                      |                                |                                                                                                                                                              |

|                                                       |                                                                             | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo            |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                        |                                                                             | NIVEL 7:                                                            | FORMATOS N°: FT-SST-043 |
|                                                                                                                                        |                                                                             | SG-SST                                                              |                         |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                         |                                                                             | Fecha:                                                              | NOV/15/2023             |
|                                                                                                                                        |                                                                             | Versión:                                                            | 001                     |
|                                                                                                                                        |                                                                             | Pagina 1 de 1                                                       |                         |
| CIUDAD :                                                                                                                               | Ininda                                                                      | FECHA                                                               | 14 de 2021              |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                    |                                                                             |                                                                     |                         |
| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                                                   |                                                                             |                                                                     |                         |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO                                                            | NOMBRES                                                             | NRO IDENTIFICACIÓN      |
| Rico                                                                                                                                   | Pineda                                                                      | Giovanna                                                            | 42143906                |
| SEXO                                                                                                                                   | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>            | EDAD (años)                                                         | 44                      |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                           | Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> | U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |                         |
| EPS                                                                                                                                    | Nueva eps                                                                   | AFP                                                                 | Colpensiones            |
| Cargo                                                                                                                                  | Jefe Adm y Finanzas                                                         | Dependencia                                                         | Administrativa          |
| ¿Qué equipos opera?                                                                                                                    |                                                                             |                                                                     |                         |
| Computador - impresora                                                                                                                 |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o está en tratamiento médico? Explique                                                         |                                                                             |                                                                     |                         |
| Cancer de mama - Control medico - metastasis Rodilla derecha                                                                           |                                                                             |                                                                     |                         |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución                                                     |                                                                             |                                                                     |                         |
| dolor Rodilla cuando hace mucho esfuerzo                                                                                               |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique                                                           |                                                                             |                                                                     |                         |
| NO.                                                                                                                                    |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique                                      |                                                                             |                                                                     |                         |
| NO                                                                                                                                     |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porqué?   |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué? |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica?                                                                                                   |                                                                             |                                                                     |                         |
| NO                                                                                                                                     |                                                                             |                                                                     |                         |
| ¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?                                         |                                                                             |                                                                     |                         |
| Leer - en las noches                                                                                                                   |                                                                             |                                                                     |                         |
| SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD                                                         |                                                                             |                                                                     |                         |
| FIRMAS                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                     |                         |
| Firma del trabajador                                                                                                                   | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo                        |                                                                     |                         |
| C.C                                                                                                                                    | 42143906                                                                    |                                                                     |                         |



|                                                       |  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                                      |                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                        |  | NIVEL 7:                                                 |                                      | FORMATOS N°:                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                        |  | FT-SST-043                                               |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| SG-SST                                                                                                                                 |  |                                                          |                                      | Fecha: NOV/15/2023                                                                                                                              |  |
| FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                         |  |                                                          |                                      | Versión: 001                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                        |  |                                                          |                                      | Página 1 de 1                                                                                                                                   |  |
| CIUDAD: <u>Inimda</u>                                                                                                                  |  |                                                          | FECHA: <u>15</u> <u>05</u> <u>26</u> |                                                                                                                                                 |  |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD                                                                                                    |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                                                   |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                        |  | SEGUNDO APELLIDO                                         |                                      | NOMBRES                                                                                                                                         |  |
| <u>Portocarrero</u>                                                                                                                    |  | <u>Bautista</u>                                          |                                      | <u>Andresen</u>                                                                                                                                 |  |
| SEXO                                                                                                                                   |  | EDAD (años)                                              |                                      | ESTADO CIVIL                                                                                                                                    |  |
| F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>                                                                       |  | <u>38</u>                                                |                                      | Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |  |
| EPS                                                                                                                                    |  | AFP                                                      |                                      | ARL                                                                                                                                             |  |
| <u>Nueva EPS</u>                                                                                                                       |  | <u>porvenir</u>                                          |                                      | <u>positiva</u>                                                                                                                                 |  |
| Cargo                                                                                                                                  |  | Dependencia                                              |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Técnico Archivo</u>                                                                                                                 |  | <u>Administrativo</u>                                    |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Qué equipos opera?                                                                                                                    |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Es cancer, Computadora, impresora</u>                                                                                               |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique                                                         |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>NO</u>                                                                                                                              |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución                                                     |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Nada</u>                                                                                                                            |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique                                                           |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Nada</u>                                                                                                                            |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique                                      |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Nada</u>                                                                                                                            |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué?   |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Actualmente me encuentro bien</u>                                                                                                   |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Porqué? |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                        |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Cuántos días de incapacidad médica?                                                                                                   |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                        |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| ¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?                                         |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>practico Fútbol - cada 8 días</u>                                                                                                   |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD                                                         |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>Hacer Actividad Física por lo menos 30 minutos cada 3 días a la semana.</u>                                                         |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| FIRMAS                                                                                                                                 |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| Firma del trabajador                                                                                                                   |  | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo     |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| <u>[Firma]</u>                                                                                                                         |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |
| C.C. <u>1-121.708-378</u>                                                                                                              |  |                                                          |                                      |                                                                                                                                                 |  |



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Gloria Inicial: G Apellidos: Agarito

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 20 / 09 / 75 Genero: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección: Vesguarda Indígena Porvenir

Ciudad: Timbá

Departamento: Quindío

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☒ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: 320419272

Correo: gloriagarito1@gmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:

☐ Pareja ☒ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Sergio García Relación: ☐ Otro Hijo

Teléfono: 3134890092 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: Resguardo Indígena Koro Ciudad: Thiñiki Departamento: Guayana

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☒ Otro Puinave

¿A que raza o etnia pertenece?

☒ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☐ Blanco

☐ Otro

☐ No se

Grado de educación completado: Primaria (Quinto)

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ 2.000.000

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☒ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Nueva EPS

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí ☐ No

☒ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☒ No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La **Histerectomía** se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? X

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué **tipo de pólipos** le diagnosticaron? X ¿Cuántos pólipos tenía? X

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☐ No ☒ No sé Fecha más reciente     /    /     Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente     /    /     Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente     /    /     Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente     /    /     Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023







# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? 1 Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? 1 Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☒ No se cómo ☐ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☒ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo?**

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?**

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☒ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☐ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**? ☒ 5 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? ☐ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? ☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                 |        |            |
|-------|-----------------|--------|------------|
| FIRMA | Gloria. Magapib | CEDULA | 42.547.727 |
| CARGO | Contralista     | FECHA  | 13/05/2026 |

### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Jorge Inicial: J Apellidos: Ventemillo Sandoval

Segundo Nombre: Hernan Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 17 / 03 / 2026 Genero: ☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección: Calle 15 No 7-33.

Ciudad: Inirida

Departamento: Quindío

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: 3145897967

Correo: Jorgeventemillo18@gmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted: ☒ Pareja ☐ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Veronica Puerto Perez Relación: ☐ Otro \_\_\_\_\_

Teléfono: 3112879141 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: calle 19 N.8-64 Ciudad: Invidas Departamento: Quindío

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☒ Blanco

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ No se

Grado de educación completado: Especializado

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☒ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual:

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí ☐ No

☐ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su madre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



## Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. ¿Cuánta fruta come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta verdura come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consume 2 o más porciones de pescado a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consume 3 o más onzas de granos enteros al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de bebidas azucaradas a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de sal o sodio? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta actividad física moderada normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) 40 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*
8. ¿Cuánta actividad física enérgica/vigorosa realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) 20 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- (Si su respuesta es No, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por diabetes? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- (Si su respuesta es No, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada?        Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada?        Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☒ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☒ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo?**

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?**

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora?**

- ☐ No ☐ Sí ☒ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☐ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☒ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☐ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☒ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**?

\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**?

\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?

\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?

☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene?

☐ Emocional ☐ Intelectual  
☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                        |        |            |
|-------|------------------------|--------|------------|
| FIRMA |                        | CEDULA | 19.256.419 |
| CARGO | Jefe de Control fiscal | FECHA  | 13-05-2026 |

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Rosa Inicial: R Apellidos: Blanca Comedor

Segundo Nombre: Ana Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 06/10/1995 Genero: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección: Hofel Ormoco

Ciudad: Indio Departamento: Guainía

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: 3147975160

Correo: rosa.0610@hotmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted: ☐ Pareja ☐ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Celia Fernanda Mayan Relación: ☒ Otro Amiga

Teléfono: 3135835675 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

|                                                              |                                                |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISOR. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: Lejanías Departamento: Meta

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☐ Blanco

☐ Otro \_\_\_\_\_

☒ No se

Grado de educación completado: Especialista

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Proteger EPS.

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí

☒ No

☐ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su madre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué tipo de pólipos le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FISICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) 1 Tazas ☐ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) 60 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) 60 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

- ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
- ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
- ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
- ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

- ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
- ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
- ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
- ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
- ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
  - Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☐ No tengo la máquina
  - ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☐ No se
  - ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

- Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
  - Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho
  - Defectos congénitos del corazón
  - Insuficiencia cardiaca
  - Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio
  - Enfermedad vascular
  - Infarto/ataque cardiaco

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo?**

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?**

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**

- ☐ No ☐ Sí ☐ No sé ☒ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☒ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☐ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué No ne han recibido nada

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**?

☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**?

☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?

☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?

☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene?

☐ Emocional ☐ Intelectual  
☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                            |        |            |
|-------|----------------------------|--------|------------|
| FIRMA |                            | CEDULA | 1121927650 |
| CARGO | gerente de Responsabilidad | FECHA  | 13/05/2026 |

|                                                              |                                                |                                                                     |                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISOR. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099                       |
|                                                              |                                                |                                                                     | Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |





Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Angie Inicial: A Apellidos: Melo Lopez

Segundo Nombre: Isabella Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 28/05/1997 Genero: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección: Carrera 5a # 25a 02

Ciudad: Inírida

Departamento: Cauca

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: 3118753590 Celular: 3212045670

Correo: angieisabellamelo@gmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted: ☒ Pareja ☐ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Raul Adolfo Tabaco Puerto Relación: ☐ Otro \_\_\_\_\_

Teléfono: 3212822934 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: calle 13 #9-107 Ciudad: Granada Departamento: Meta

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☐ Blanco

☒ Otro cubeo

☐ No se

Grado de educación completado: Posgrado - Especialista Gestión Pública

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso: \$ 4'680.766

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☒ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Nueva EPS

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☒ Sí

☐ No

☐ No sé

Fecha del más reciente 14/04/26

Resultados: ☒ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su madre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué **tipo de pólipos** le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☐ No ☒ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra **usted** actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos **30 días** ha tenido **sangrado rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del **sangrado rectal**? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) 1 Tazas ☐ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☒ No sé ☐ N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

|                                                              |                                                |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISOR. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☒ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☐ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo?**

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?**

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☒ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☐ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☐ 1 vez en el último año  
☒ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☐ 1 vez en el último año  
☒ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? 3 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿ Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón , silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es Sí, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                     |        |               |
|-------|---------------------|--------|---------------|
| FIRMA |                     | CEDULA | 1.032.491.257 |
| CARGO | Subdirector Técnico | FECHA  | 14-05-2026    |

### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Anderson Inicial: A Apellidos: pereira

Segundo Nombre: Zacarias Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 11 / 11 / 1987 Genero: ☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección: Casa 9 N° 25-47

Ciudad: unida Departamento: Guainía

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: 3104224208

Correo: Saredna11@gmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:

☒ Pareja ☐ Familiar/Amigo

Persona de contacto: ilica lara Relación: ☐ Otro esposa - mujer

Teléfono: 322 461 5461 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: Resguardo payjil Ciudad: murda Departamento: Quindío

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☐ Blanco

☒ Otro \_\_\_\_\_

☐ No se

Grado de educación completado: técnico

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ 3.000.000

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☒ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual:

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz)

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La **Histerectomía** se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué **tipo de pólipos** le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra **usted** actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos **30 días** ha tenido **sangrado rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del **sangrado rectal**? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☒ No sé ☐ N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☒ No sé ☐ N/C\*

\*N/C= Prefiero No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C= Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☐ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☐ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma**? (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consuma actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo**?

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma**?

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja**?

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☐ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☒ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué por que no han hecho jornada de vacunación

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía**?

- ☐ No ☐ Sí ☒ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☐ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☒ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\* N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_Días ☒ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_Días ☒ No sé ☐ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuántos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? \_\_\_\_\_Días ☒ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                 |        |               |
|-------|-----------------|--------|---------------|
| FIRMA |                 | CEDULA | 1.121-708.378 |
| CARGO | Tecnico Archivo | FECHA  | 14/05/2023    |

|                                                              |                                                |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISOR. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Giovanna Inicial: G Apellidos: Rios Pineda

Segundo Nombre: --- Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 28/07/81 Genero: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección: Carrera 6B # 33-16 primavera 2

Ciudad: Imbabura Departamento: Guinea

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: --- Teléfono de trabajo: 3118753590 Celular: 3104704380

Correo: admin@Contraloria-guinea.gov.co

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted: ☐ Pareja ☒ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Jaqueline Rios Pineda Relación: ☐ Otro hermana

Teléfono: 3217631423 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:  
Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:  
GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:  
CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: Carrera 6B #33-16 Ciudad: Irindá Departamento: Quindío

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☒ Blanco

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ No se

Grado de educación completado: Profesional

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ 3800000

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☐ 01 ☐ 02 ☒ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Nueva eps.

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí ☐ No

☒ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su madre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

☐ No

☒ Sí

☐ No sé

Cuando: 26 / 11 / 2010

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



## Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra **usted** actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos **30 días** ha tenido **sangrado rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del **sangrado rectal**? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) \_\_\_\_\_ Tazas ☒ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) 1 Tazas ☐ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consume 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consume 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☐ No sé ☒ N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) \_\_\_\_\_ Minutos ☐ No sé ☒ N/C\*

\*N/C = Prefirió No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☐ No ☒ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☒ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☐ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☒ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☒ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☐ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma**? (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consumo actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo**?

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma**?

- ☒ 0 Horas ☐ Menos de 1  
☐ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☒ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☐ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja**?

- ☐ No ☐ Sí ☐ No sé ☒ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☒ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☐ Nunca ☐ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía**?

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**?        Días ☒ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? 1 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? 0 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                   |        |            |
|-------|-------------------|--------|------------|
| FIRMA |                   | CEDULA | 42143906   |
| CARGO | Jefe Adm y finan. | FECHA  | 15-05-2026 |

### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: David Inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: Ovalle Puerta

Segundo Nombre: Santiago Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 28 / 10 / 1995 Genero: ☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección: Inimda - Guanía

Ciudad: Inimda Departamento: Guanía

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: 311873390 Celular: 3222933288

Correo: Subsecc@contraloria-quindio.gov.co

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:

☐ Pareja ☒ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Donis Puerta Ruiz Relación: ☐ Otro Madre

Teléfono: 3115550610 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

|                                                              |                                                                     |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: Calle 4BA 45-69 Ciudad: Villavicencio Departamento: Meta

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿A que raza o etnia pertenece?

☐ Indio/Nativo

☐ Negro/Afro

☐ Blanco

☐ Otro \_\_\_\_\_

☒ No se

Grado de educación completado: Bachiller - Pregrado universidad

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso: \$ 3650.000

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Nueva EPS

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí ☒ No

☐ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La **Histerectomía** se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé
2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé
3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé
4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé
5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? Piel.

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué tipo de pólipos le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023

CÁNCER DE COLON



|                                                                                  |                                                          |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                                                     |
|                                                                                  | NIVEL 7: FORMATOS N°:                                    | FT-SST-099                                          |
|                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SG-SST               |                                                     |
| FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE                                 |                                                          | Fecha: NOV 15/2023<br>Versión: 001<br>Página 4 de 7 |

9. ¿Se encuentra **usted** actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé
10. ¿En los últimos **30 días** ha tenido **sangrado rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé
- 10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del **sangrado rectal**? \_\_\_\_\_
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé
- Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

|                          |                                                                                                                                                                                               |                                                              |                                        |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA | 1. ¿Cuánta <b>fruta</b> come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana)                                                                                       | <u>1</u> Tazas                                               | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 2. ¿Cuánta <b>verdura</b> come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote)                                                                                           | <u>1</u> Tazas                                               | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 3. ¿Consume 2 o más porciones de <b>pescado</b> a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete)                                                                                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | <input checked="" type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 4. ¿Consume 3 o más onzas de <b>granos enteros</b> al día?<br>(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz)                  | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 5. ¿Bebe menos de 36 onzas de <b>bebidas azucaradas</b> a la semana?<br>(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas)                                                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | <input type="radio"/> No sé            | <input checked="" type="radio"/> N/C* |
|                          | 6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de <b>sal o sodio</b> ?                                                                                                         | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 7. ¿Cuánta <b>actividad física moderada</b> normalmente realiza semanalmente?<br>(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación)    | <u>300</u> Minutos                                           | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |
|                          | 8. ¿Cuánta <b>actividad física enérgica/vigorosa</b> realiza semanalmente?<br>(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) | <u>300</u> Minutos                                           | <input type="radio"/> No sé            | <input type="radio"/> N/C*            |

\*N/C = Prefiero No Contestar

|          |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIABETES | 1. ¿Tiene usted <b>Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)</b> ?<br>(Si su respuesta es <b>No</b> , prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)                      | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                           |
|          | 2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por <b>diabetes</b> ?<br>(Si su respuesta es <b>No</b> , prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON) | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                           |
|          | 3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? _____ Días                                                                 |                                                                                                                                                                                               |
|          | 4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?                                                                                                          | <input type="radio"/> Costo - se me olvido<br><input type="radio"/> Los efectos secundarios no me gustan-no tenia<br><input type="radio"/> No quiero tomarla <input type="radio"/> Otro _____ |

\*N/C = Prefiero No Contestar

|                                                              |                                                                     |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☒ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☐ Unas cuantas veces a la semana ☒ Prefiero no contestar  
☐ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



|                                                                                   |                                                          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                    |
|                                                                                   | NIVEL 7: FORMATOS N°:                                    | FT-SST-099         |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> SG-SST               |                    |
| FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE                                  |                                                          | Fecha: NOV 15/2023 |
|                                                                                   |                                                          | Versión: 001       |
|                                                                                   |                                                          | Página 6 de 7      |

|                              |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIGARRO                      | 1. ¿Usted <b>fuma?</b> (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)                                | <input type="radio"/> Soy fumador<br><input type="radio"/> Dejó el tabaco (hace 1-12 meses)<br><input type="radio"/> Dejó el tabaco (hace +12 meses)<br><input checked="" type="radio"/> Nunca he fumado <input checked="" type="radio"/> N/C* |
|                              | 2. ¿Consumo actualmente <b>tabaco para mastigar, tabaco en polvo?</b>                                                      | <input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Algunos días<br><input checked="" type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/C*                                                                                                      |
|                              | 3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que <b>fuma?</b> | <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Menos de 1<br><input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> N/C*                                                                                                            |
| *N/C = Prefiero No Contestar |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VIDA DIARIA                                                                         | 1. Si es Ud. <b>mujer</b> , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?                                                                                                                                | <input type="radio"/> Nunca <input checked="" type="radio"/> N/A*<br><input type="radio"/> Días <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                         |
|                                                                                     | 2. Si es Ud. <b>hombre</b> , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?                                                                                                                               | <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A*<br><input type="radio"/> Días <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                                    |
|                                                                                     | 3. ¿Se siente usted seguro(a) en su <b>relación actual con su pareja?</b>                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé <input checked="" type="radio"/> N/C*                                                                                                                            |
|                                                                                     | 4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el <b>último año?</b>                                                                                                                                                  | <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                                                            |
|                                                                                     | 5. ¿Hay alguna persona de una relación <b>previa</b> que lo(a) haga sentir <b>insegura ahora?</b>                                                                                                                                              | <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                                                            |
|                                                                                     | 6. ¿Qué tan seguido <b>se pone el cinturón de seguridad</b> cuando maneja o van en un carro?                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi Siempre<br><input checked="" type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Casi nunca<br><input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/C*                                        |
|                                                                                     | 7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la <b>influenza (inyección o spray)?</b>                                                                                                                                              | <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                                                            |
|                                                                                     | 7a. Si su respuesta es <b>No</b> , por favor indique por qué _____                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                     | 8. ¿Le han suministrado la vacuna de la <b>neumonía?</b>                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C*                                                                                                                            |
|                                                                                     | 9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al <b>dentista</b> o clínica dental por cualquier motivo?                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> 1 vez en el último año<br><input type="radio"/> 1 vez en los últimos 2 años<br><input checked="" type="radio"/> Hace más de 2 años<br><input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C* |
| 10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u <b>oftalmólogo</b> le checó la vista? | <input type="radio"/> 1 vez en el último año<br><input type="radio"/> 1 vez en los últimos 2 años<br><input checked="" type="radio"/> Hace más de 2 años<br><input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> N/C* |                                                                                                                                                                                                                                                |
| *N/A = No Aplica *N/C = Prefiero No Contestar                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                              |                                                                     |                                                                     |                                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099                       |
|                                                              |                                                                     |                                                                     | Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? \_\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? \_\_\_\_\_ Días ☒ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |                              |        |               |
|-------|------------------------------|--------|---------------|
| FIRMA |                              | CEDULA | 1.121.928.777 |
| CARGO | Subsecretario Control Fiscal | FECHA  | 10-05-26      |

### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

### Revisó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 1 de 7

## Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Primer Nombre: Brigette Inicial: B Apellidos: Rodriguez Gonzalez

Segundo Nombre: Beronica Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: 12 / 10 / 2002 Genero: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección: Resguardo Indigena Porvenir

Ciudad: Ininda

Departamento: Goama

¿Forma preferida de contacto?: ☐ Fijo ☒ Trabajo ☒ Celular

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: 3130271536

Correo: brigetterodriguez@gmail.com

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted: ☐ Pareja ☒ Familiar/Amigo

Persona de contacto: Natally Rodriguez Gonzalez Relación: ☐ Otro ☒ Hermana

Teléfono: 3125797704 ☐ Fijo ☐ Trabajo ☒ Celular

INFORMACION DEMOGRAFICA

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 2 de 7

Dirección: Resguardo Indígena Paimave Ciudad: Inirida Departamento: Guainía

¿Cuál es el idioma principal que habla? ☐ Inglés ☒ Español ☐ Otro Paimave

¿A que raza o etnia pertenece? ☒ Indio/Nativo  
☐ Negro/Afro  
☐ Blanco  
☐ Otro \_\_\_\_\_  
☐ No se

Grado de educación completado: Tecnólogo

¿Cuál es su ingreso familiar? ☐ Semanal ☒ Mensual ☐ Anual Ingreso : \$ 2.000.000

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Tiene EPS? ☒ Sí ☐ No Cual: Nueva Eps

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

#### \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou

☐ Sí ☒ No

☐ No sé

Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal

☐ No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

3. ¿Su madre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino?

☒ No

☐ Sí

☐ No sé

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 3 de 7

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (*padres, hermanos, hijos*) han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**? ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ No sé

5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

6a. ¿Qué **tipo de pólipos** le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: (*Fechas y resultados necesitan dedo marcado*)

Prueba de Sangre Oculta en Heces ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal

Sigmoidoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colonoscopia ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal  
¿Le removieron los pólipos? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enema de Bario de Doble Contraste ☐ Sí ☒ No ☐ No sé Fecha más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ☐ Normal ☐ Anor

8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:

Enfermedad de Crohns ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Colitis Ulcerosa ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 4 de 7

9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal? \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DIETA Y ACTIVIDAD FISICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) 1 Tazas ☐ No sé ☐ N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) 1 Tazas ☐ No sé ☐ N/C\*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) 15 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) 15 Minutos ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomarla ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 5 de 7

### COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

### PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_\_\_ Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo? ☐ Costo - se me olvido  
☐ Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
☐ No quiero tomaria ☐ Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? ☒ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea: ☐ Nunca me dijeron que me la chequeara ☐ No se cómo ☐ No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares? ☐ Varias veces el día ☐ A diario - semanal  
☒ Unas cuantas veces a la semana ☐ Prefiero no contestar  
☐ No se
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- |                                                                                          |                                                                     |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input checked="" type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input checked="" type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023



# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 6 de 7

### CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- ☐ Soy fumador  
☐ Deje el tabaco (hace 1-12 meses)  
☐ Deje el tabaco (hace +12 meses)  
☒ Nunca he fumado ☐ N/C\*

2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo?**

- ☐ Diariamente ☐ Algunos días  
☒ Nunca ☐ N/C\*

3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?**

- ☐ Horas ☐ Menos de 1  
☒ Ninguna ☐ N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

### VIDA DIARIA

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- ☐ Nunca ☐ N/A\*  
☐ Días ☒ No sé ☐ N/C\*

3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**

- ☐ No ☐ Sí ☐ No sé ☒ N/C\*

4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **insegura ahora?**

- ☒ No ☐ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?

- ☐ Siempre ☐ Casi Siempre  
☐ A veces ☐ Casi nunca  
☐ Nunca ☒ N/C\*

7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_

8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**

- ☐ No ☒ Sí ☐ No sé ☐ N/C\*

9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?

- ☒ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☐ No sé ☐ N/C\*

10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?

- ☐ 1 vez en el último año  
☐ 1 vez en los últimos 2 años  
☐ Hace más de 2 años  
☐ Nunca ☒ No sé ☐ N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

#### Elaboró:

Sergio Mauricio Perea Barbosa  
Profesional S.O

#### Revisó:

GIOVANNA RIOS PINEDA  
SUPERVISOR.

#### Aprobó:

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ  
Representante legal.

Código: FT-SST-099

Fecha de  
modificación:  
NOV 15 de 2023





# Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIVEL 7: FORMATOS N°:

FT-SST-099



SG-SST

## FORMATO CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fecha: NOV 15/2023

Versión: 001

Página 7 de 7

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien**? 7 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien**? 7 Días ☐ No sé ☒ N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? 7 Días ☐ No sé ☐ N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? ☐ Sí ☒ No ☐ No sé ☐ N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? ☐ Emocional ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

|       |             |        |                |
|-------|-------------|--------|----------------|
| FIRMA |             | CEDULA | 1.006.769.315  |
| CARGO | Contratista | FECHA  | 15/ Mayo/ 2024 |

|                                                              |                                                |                                                                     |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Elaboró:<br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | Revisó:<br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISOR. | Aprobó:<br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | Código: FT-SST-099<br>Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-093</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO SG-SST</b>                                     |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 1 de 1 |

### FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**  
**FECHA: 15 de MAYO del 2026**

| EVIDENCIA                                                                          | DESCRIPCIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>SE REALIZA LA ENTREGA DE FRUTAS A LOS FUNCIONARIOS DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUANIA EN BENEFICIO DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DENTRO DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN LA ENTIDAD, SE LES COMUNICA QUE ES SANO PARA SU ORGANISMOS YA QUE CONTIENE VITAMINAS QUE SU CUERPO NECESITA PARA SU DIA A DIA.</p> |

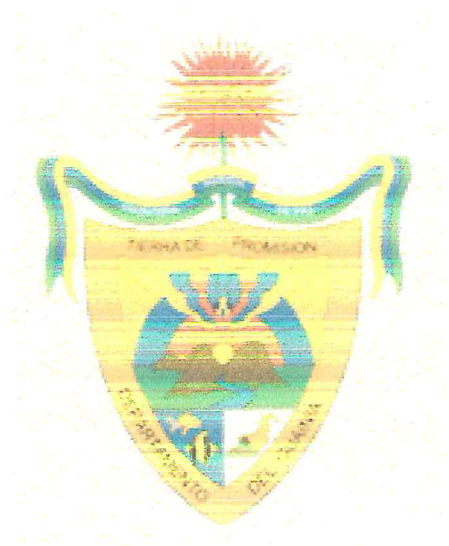
**Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.**  
**Cargo: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>supervisora | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-093<br><b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                   |                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                     |
|                                                                                   | <b>NIVEL 0: PORTADAS N°:</b>                                    | <b>INF-SST-001</b>                  |
|                                                                                   | <b>SG-SST</b>                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)</b>             |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023           |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Versión:</b> 001                 |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Página 3 de 1</b>                |

## ***INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO***



***CORTE DEL 01/05/2026 AL 31/05/2026***

|                                                                     |                                                        |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora. | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> INF-SST-001                      |
|                                                                     |                                                        |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |

|                                                                                   |                                                          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                    |
|                                                                                   | NIVEL 7: FORMATOS N°:                                    | FT-SST-108         |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> SG-SST               |                    |
| FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES             |                                                          | Fecha: NOV/15/2023 |
|                                                                                   |                                                          | Versión: 001       |
|                                                                                   |                                                          | Página 1 de 1      |

## GRAFICO DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES DEL MES DE MAYO 2026.



**DESCRIPCIÓN:** la presente grafica representa los incidentes y accidentes de trabajo que se realizó durante el mes de **MAYO 2026**, el cual se evidencia que **NO** se ha presentado incidente que pueda significar la materializacion del peligro y que puedo perjudicar la salud del funcionario de **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**, causándoles alguna incapacidad parcial o inclusive la perdida de la vida humana.

**RESPONSABLE:**

**CARGO: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                    |                                          |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISORA | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA<br>Representante legal. | Código: FT-SST-108                       |
|                                                                     |                                                       |                                                                    | Fecha de modificación:<br>NOV 15 de 2023 |



|                                                                                   |                                                          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
|  | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                    |
|                                                                                   | NIVEL 7: FORMATOS N°:                                    | FT-SST-109         |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> SG-SST               |                    |
| FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES       |                                                          | Fecha: NOV/15/2023 |
|                                                                                   |                                                          | Versión: 001       |
|                                                                                   |                                                          | Página 1 de 1      |

## GRAFICO DE INVESTIGACIONES DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES DEL MES DE MAYO 2026.



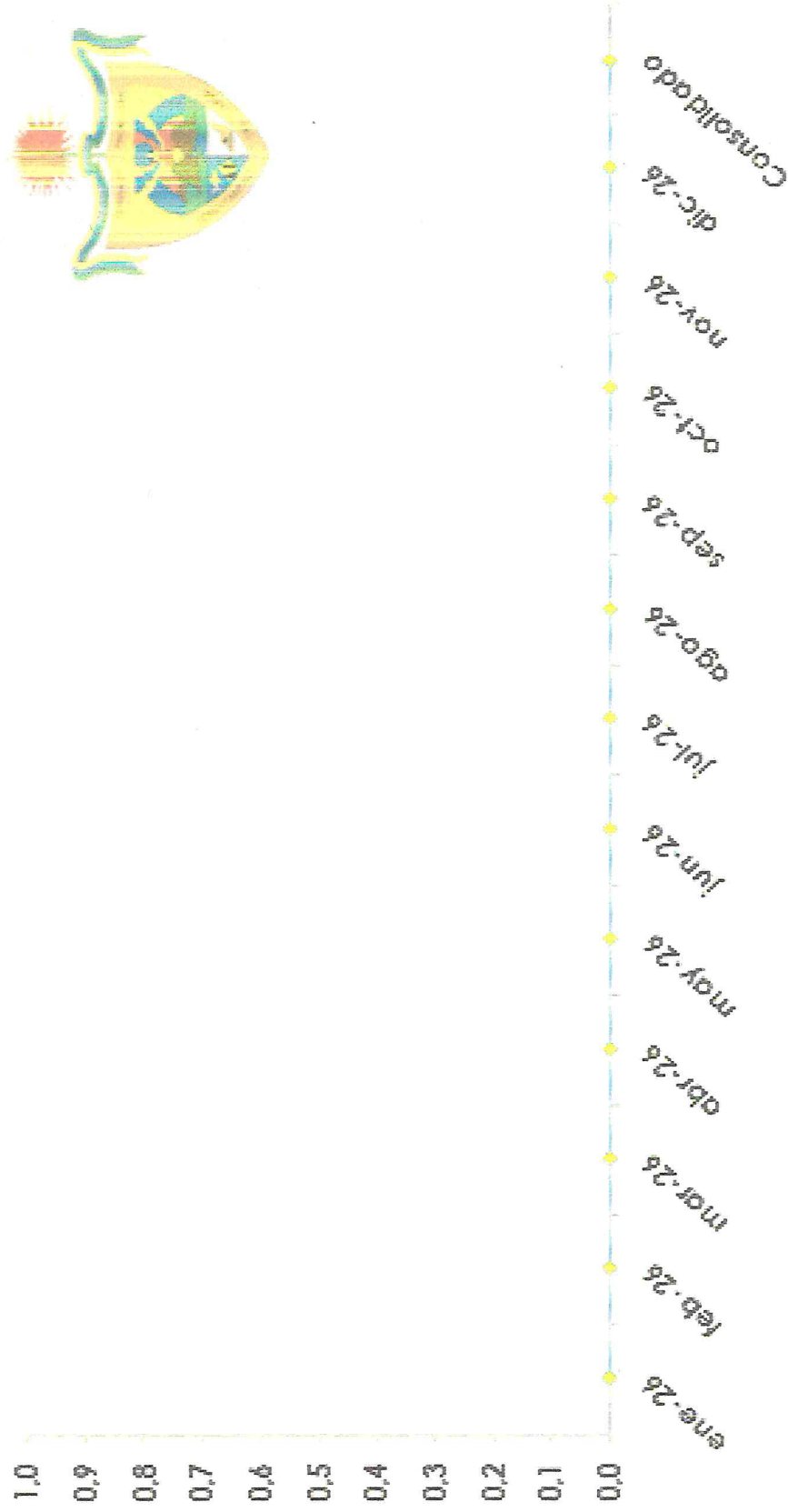
**DESCRIPCION:** la presente grafica representa las investigaciones de los incidentes y accidentes de trabajo durante el mes de **MAYO 2026**, el cual se evidencia que no se ha presentado por el momento alguna eventualidad que pueda significar la materialización del peligro en la cual deba ser investigado y que pueda perjudicar la salud de los colaboradores de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE GUAINIA**, causándoles alguna incapacidad parcial o inclusive la perdida de la vida humana.

**RESPONSABLE:**

**CARGO: COORDINADOR SG-SST**

|                                                                     |                                                       |                                                                    |                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISORA | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA<br>Representante legal. | Código: FT-SST-109                    |
|                                                                     |                                                       |                                                                    | Fecha de modificación: NOV 15 de 2023 |

## Índice de frecuencia de accidente de trabajo MES MAYO 2026



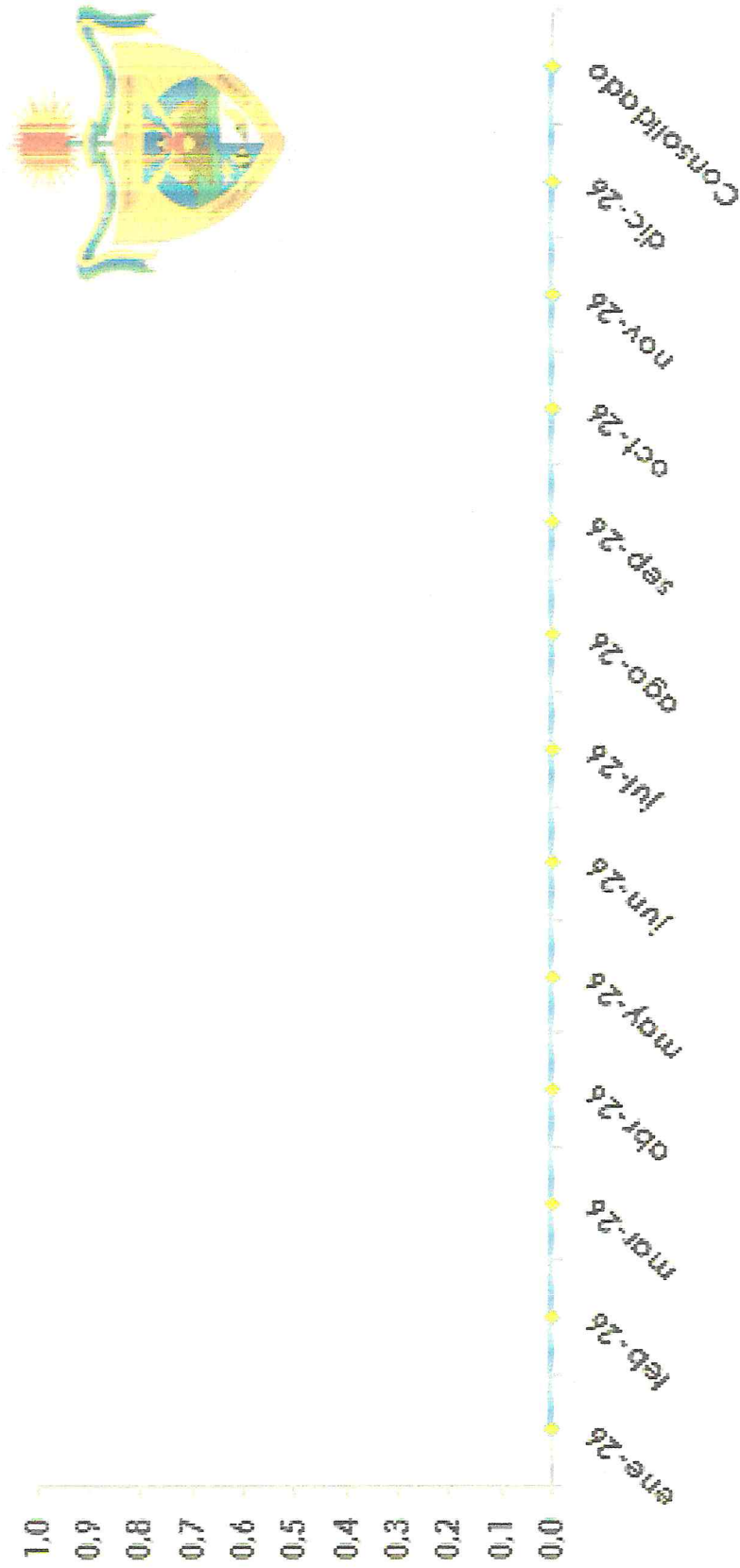
En la grafica se observa que no se ha presentado casos de FRECUENCIA DE ACCIDENTE dentro de las instalaciones de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sergio Perera Siles

CARGO: Preferencia en SST



# Índice de Severidad de accidentes de trabajo MES MAYO 2026

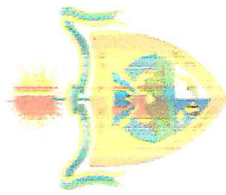


En la grafica se observa que no se ha presentado casos de SEVERIDAD DE ACCIDENTES dentro de las instalaciones de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Segro Perin STEJ n 10

CARGO: profesord en SST

PROPORCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES MES DE MAYO 2026



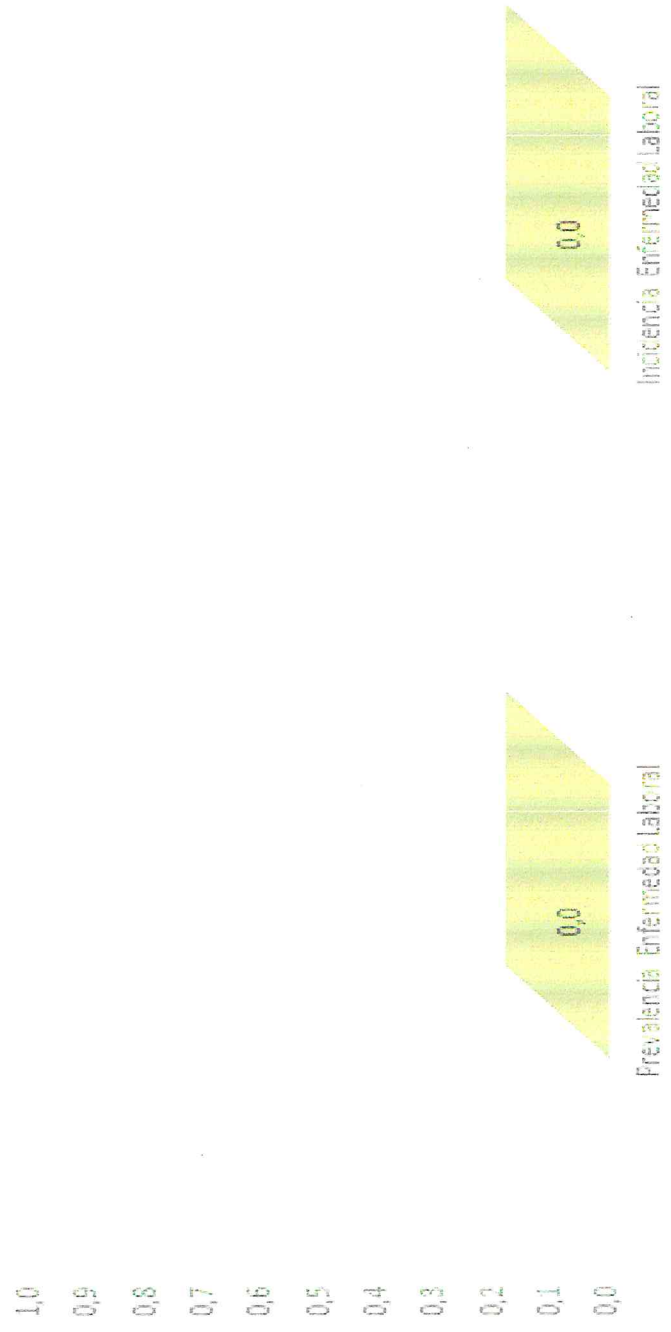
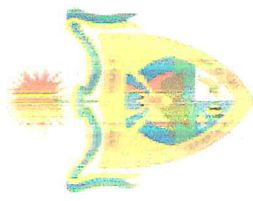
|            |    |
|------------|----|
| Enero      | 0% |
| Febrero    | 0% |
| Marzo      | 0% |
| Abril      | 0% |
| Mayo       | 0% |
| Junio      | 0% |
| Julio      | 0% |
| Agosto     | 0% |
| Septiembre | 0% |
| Octubre    | 0% |
| Noviembre  | 0% |
| Diciembre  | 0% |
| Promedio   | 0% |

En la grafica se observa que no se ha presentado casos de ACCIDENTES MORTALES dentro de las instalaciones de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Tercero 5783 enfo

**CARGO:** Professora em SST

# PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL MES MAYO 2026



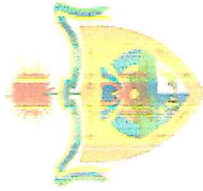
En la grafica se observa que no se ha presentado casos de EMFERMEDAD LABORAL dentro de las instalaciones de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

**NOMBRE:** Diego Foran Jerez

**CARGO:** Presidencia SST



# CASOS E.L MES DE MAYO 2026



0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0

0

Nuevos

0

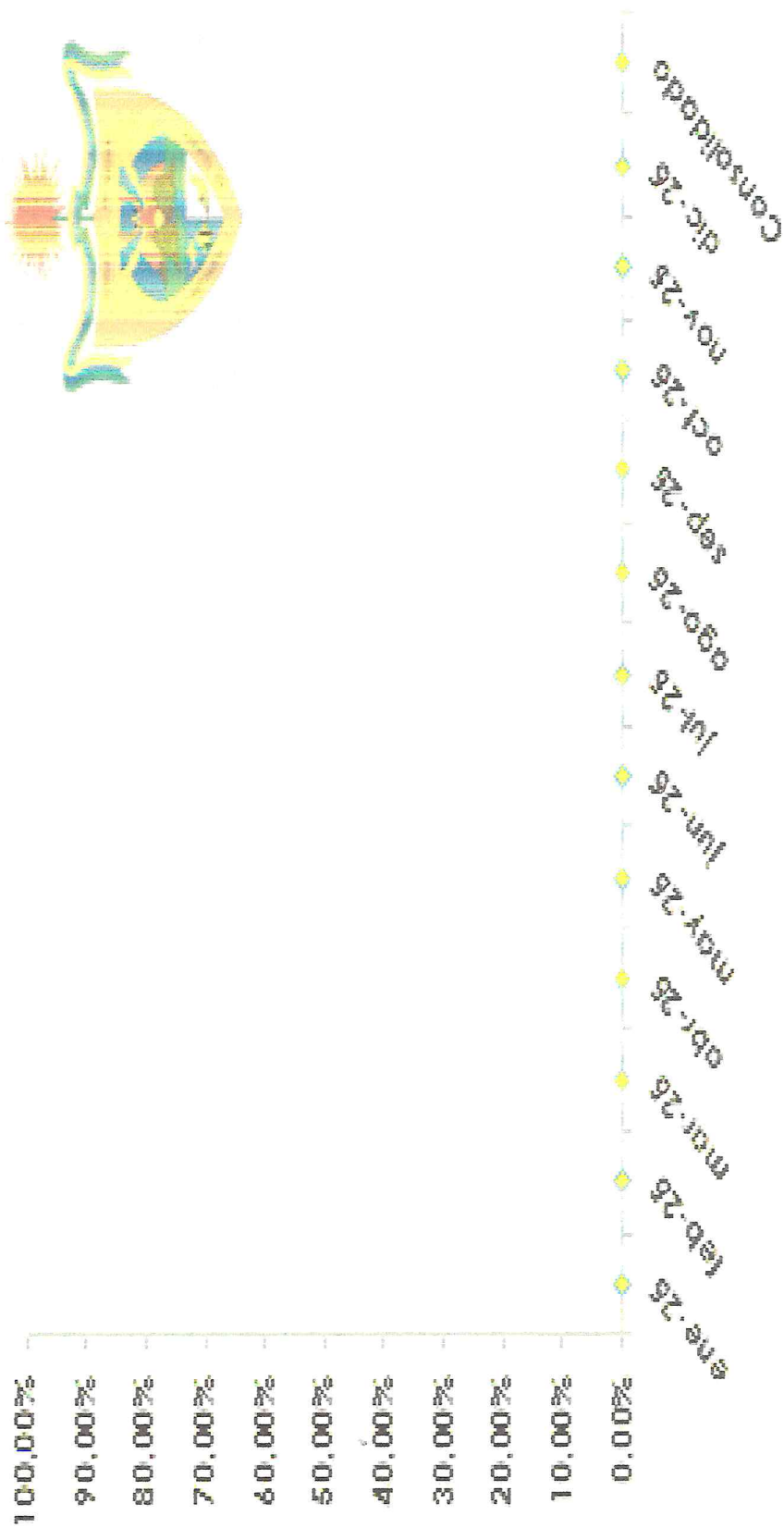
Antiguos

En la grafica se observa que no se ha presentado casos de EMFERMEDAD LABORAL dentro de las instalaciones de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Orlando Perera STEZ or sn

CARGO: Profesional SST

# Tasa General de Ausentismo MAYO 2026



En la grafica se observa que no se ha presentado casos de AUSENTISMOS dentro de las instalaciones de la CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.

NOMBRE:

Soyuz Pava Siles

CARGO:

Profesora de S.F.

|                                                                                   |                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                     |
|                                                                                   | <b>NIVEL 0: PORTADAS N°:</b>                                    | <b>INF-SST-001</b>                  |
|                                                                                   | <b>SG-SST</b>                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)</b>             |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023           |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Versión:</b> 001                 |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Página</b> 4 de 1                |

## ***INSPECCIONES Y PERMISOS DE TRABAJO.***



***CORTE DEL 01/05/2026 AL 31/05/2026***

|                                                                     |                                                        |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora. | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> INF-SST-001                      |
|                                                                     |                                                        |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |



|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-101</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE HIGIENE, ORDEN, ASEO Y LIMPIEZA</b>                                 |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 1 de 8 |

### FICHA DE EVALUACIÓN Y/O INSPECCION

Cumple 1 No cumple 0 No aplica X

**Fecha:** 05/05/2026 **Área Inspeccionada:** Instalaciones CDE  
**Responsable de la inspección:**

| INDICADOR                             | ASPECTO CONSIDERADO                                                                           | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|
| <b>Condiciones de seguridad (10%)</b> | Funcionamiento de las luminarias                                                              | ✓      |           |           |
|                                       | Cables eléctricos canalizados                                                                 | ✓      |           |           |
|                                       | Mesa de trabajo sin vidrio                                                                    | ✓      |           |           |
|                                       | Las sillas son adecuadas                                                                      | ✓      |           |           |
|                                       | Las posturas son ergonómicas                                                                  | ✓      |           |           |
|                                       | Sistema de ventilación se encuentra en buen estado                                            | ✓      |           |           |
|                                       | Ventanas y vidrios en buen estado                                                             | ✓      |           |           |
|                                       | Los pasillos de circulación están señalizados                                                 | ✓      |           |           |
|                                       | Paredes en buen estado                                                                        | ✓      |           |           |
|                                       | Los peldaños de las escaleras (cuentan con pasamanos, antideslizantes y están en buen estado) |        |           | ✓         |
|                                       | Los techos están en buen estado                                                               | ✓      |           |           |
|                                       | Las áreas de almacenamiento se encuentran señalizadas                                         | ✓      |           |           |
|                                       | Señalización de información y de prevención en cuanto al área y las vías de evacuación        | ✓      |           |           |
|                                       | Extintores o equipos contra incendios con su respectiva señalización                          | ✓      |           |           |
|                                       | Hay ruido                                                                                     | ✓      |           |           |
|                                       | Espacios adecuados en el lugar de trabajo                                                     | ✓      |           |           |
|                                       | Los toma corrientes están protegidos y con identificación de voltajes                         | ✓      |           |           |
|                                       | El estado del equipo de protección personal                                                   |        |           | ✓         |
|                                       | Ha recibido inducción para la utilización del equipo de protección personal                   |        |           | ✓         |

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-101<br><b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |            |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | FT-SST-101 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |            |

|                                                    |                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>FORMATO DE HIGIENE, ORDEN Y ASEO Y LIMPIEZA</b> | <b>Fecha:</b> NOV 15/2022 |
|                                                    | <b>Versión:</b> 001       |
|                                                    | Página 2 de 8             |

|                                      |                                                                                       |   |  |   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
|                                      | Elementos regados o tirados                                                           |   |  | ✓ |
|                                      | los elementos y materiales en general almacenados o archivados se tiene identificados | ✓ |  |   |
|                                      | Los lugares de archivo, y almacenamiento se clasifican por tamaño, forma y peso       | ✓ |  |   |
|                                      | Se realiza inducción al puesto, por los jefes encargados                              | ✓ |  |   |
|                                      | Pausas activas durante la jornada laboral                                             | ✓ |  |   |
|                                      | Mantenimiento preventivo a las herramientas de trabajo                                | ✓ |  |   |
|                                      | En el puesto hay manual de procedimientos                                             | ✓ |  |   |
| <b>Manejo de residuos (30%)</b>      | Los recipientes existentes son suficientes                                            | ✓ |  |   |
|                                      | Los recipientes se encuentran pintados con el color correspondiente.                  | ✓ |  |   |
|                                      | Los recipientes están identificados y debidamente señalizados                         | ✓ |  |   |
|                                      | El personal hace selección y separación adecuada de los residuos                      | ✓ |  |   |
|                                      | Se cumple con la frecuencia para llevar los recipientes al centro de acopio asignado  | ✓ |  |   |
| <b>Utilización de recursos (30%)</b> | Se reportan los daños de los equipos                                                  | ✓ |  |   |
|                                      | Se reportan las fugas de agua                                                         | ✓ |  |   |
|                                      | Se reportan las daños de los servicios sanitarios oportunamente                       | ✓ |  |   |
|                                      | Se dejan los equipos encendidos innecesariamente                                      | ✓ |  |   |
|                                      | Se deja el aire acondicionado encendido innecesariamente                              | ✓ |  |   |
|                                      | Se dejan luces encendidas innecesariamente                                            | ✓ |  |   |
|                                      | Se reciclan los materiales y se les da buen uso                                       | ✓ |  |   |
| <b>Orden y</b>                       | Orden de mesas, sillas, escritorios                                                   | ✓ |  |   |
|                                      | Baños de damas y caballeros se encuentran en buen estado                              | ✓ |  |   |
|                                      | Vías de circulación y/o evacuación sin obstáculos                                     | ✓ |  |   |

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISORA | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-101                       |
|                                                                     |                                                       |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |



|                                                                                   |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                                                   |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | <b>FT-SST-101</b>                                                 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |                                                                   |
| <b>FORMATO DE HIGIENE, ORDEN Y ASEO Y LIMPIEZA</b>                                |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2022<br><b>Versión:</b> 001<br>Página 3 de 8 |

|                                                        |                                                                                     |   |  |  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
| <b>aseo</b><br><br><b>(20%)</b>                        | Cajones y escritorios en orden                                                      | ✓ |  |  |
|                                                        | Hay elementos que no pertenecen al área                                             | ✓ |  |  |
|                                                        | Los pisos se encuentran limpios                                                     | ✓ |  |  |
|                                                        | La ubicación de implementos de aseo es la adecuada                                  | ✓ |  |  |
|                                                        | Los desechos están identificados y localizados                                      | ✓ |  |  |
|                                                        | Los objetos personales están ubicados en casilleros                                 | ✓ |  |  |
|                                                        | Las canecas existen son suficientes para la producción de desechos                  | ✓ |  |  |
|                                                        | Las ventanas se encuentran limpias                                                  | ✓ |  |  |
|                                                        | Las paredes se encuentran limpias                                                   | ✓ |  |  |
|                                                        | La señalización existente esta en buen estado y limpia                              | ✓ |  |  |
|                                                        | Los servicios sanitarios están dotados de papeleras.                                | ✓ |  |  |
|                                                        | Los servicios sanitarios están dotados de papel higiénico y dispensadores de papel. | ✓ |  |  |
|                                                        | La información que contienen los avisos y carteleros, es legible y actualizada      | ✓ |  |  |
|                                                        | Los empleados tiene buena presentación personal                                     | ✓ |  |  |
| <b>Estado de las instalaciones</b><br><br><b>(10%)</b> | Las paredes se encuentran en buen estado                                            | ✓ |  |  |
|                                                        | Pisos se encuentran en buen estado                                                  | ✓ |  |  |
|                                                        | Los casilleros se encuentran en buen estado                                         | ✓ |  |  |
|                                                        | Ventanas y vidrios en buen estado                                                   | ✓ |  |  |
|                                                        | Techos en buen estado                                                               | ✓ |  |  |
|                                                        | Lámparas en buen estado                                                             | ✓ |  |  |
|                                                        | Baños damas y caballeros están en buen estado                                       | ✓ |  |  |
|                                                        | Lavaplatos, posetas o lavamanos están en buen estado                                | ✓ |  |  |

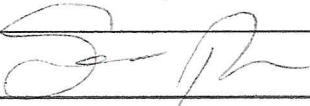
|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISORA | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-101<br><b>Fecha de modificación:</b> NOV 15 de 2023 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                   |                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |            |
|                                                                                   | <b>NIVEL 7: FORMATOS N°:</b>                                    | FT-SST-101 |
|                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SG-SST</b>               |            |

|                                                    |                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>FORMATO DE HIGIENE, ORDEN Y ASEO Y LIMPIEZA</b> | <b>Fecha:</b> NOV 15/2022 |
|                                                    | <b>Versión:</b> 001       |
|                                                    | Página 4 de 8             |

|  |                                   |                                     |  |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|  | Las puertas están en buen estado  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |
|  | Fumigación                        | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |
|  | Las canecas se encuentran tapadas | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |

Firma del Responsable:  RHEP. S. C.

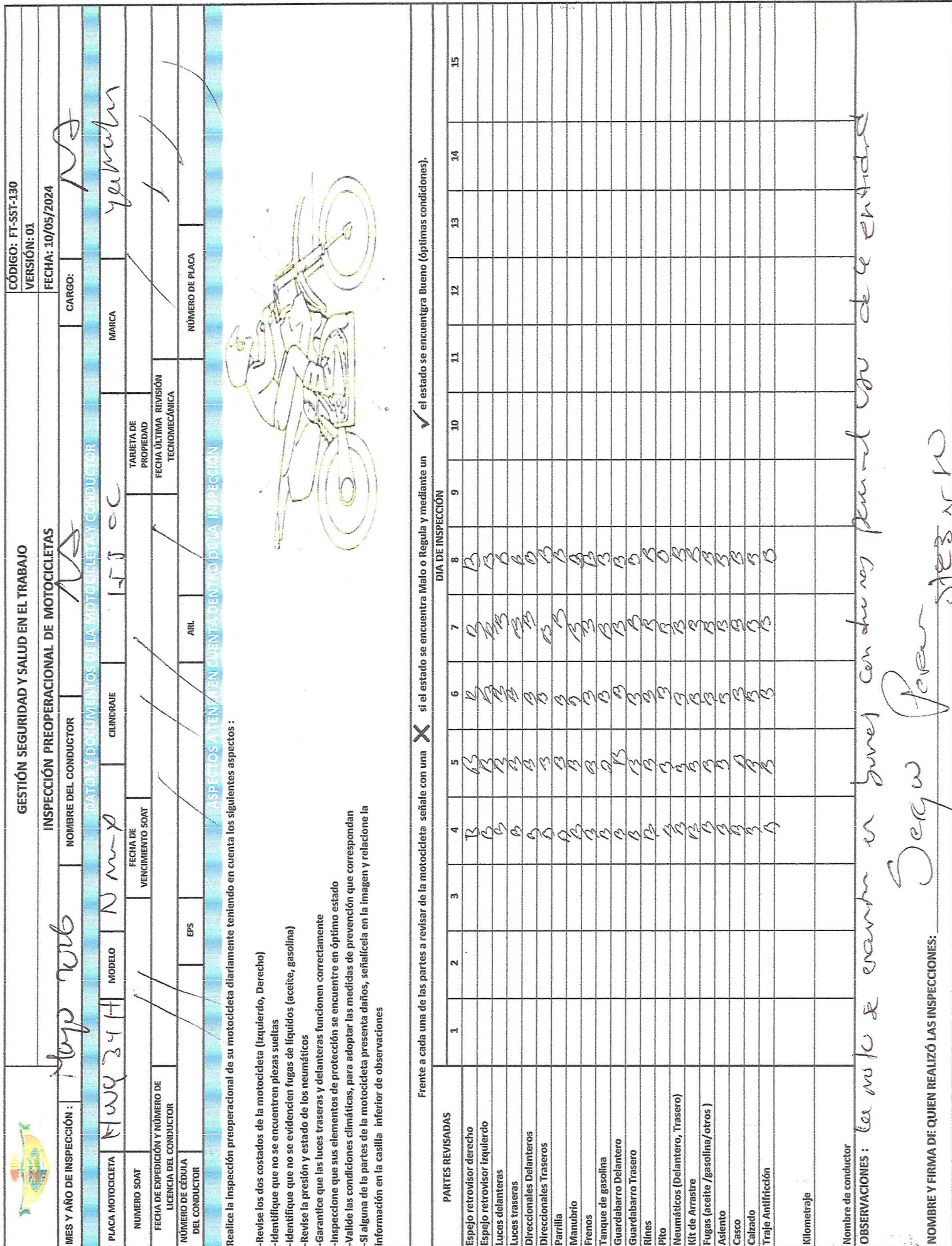
### PROGRAMA DE ORDEN, ASEO Y LIMPIEZA

#### OBSERVACIONES

**AREA:** Las tuberías **FECHA:** 05/05/2026

|                                     |                                                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Condiciones de seguridad:</b>    | Cuenta con buenas condiciones de seguridad                           |
| <b>Manejo de residuos:</b>          | Se realiza periódicamente el manejo de residuos en las instalaciones |
| <b>Utilización de recursos:</b>     | Se aprovechan al máximo los recursos que esta proporcionado          |
| <b>Orden y aseo:</b>                | Se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo                  |
| <b>Estado de las instalaciones:</b> | Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones.               |

|                                                                     |                                                       |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>SUPERVISORA | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> FT-SST-101                       |
|                                                                     |                                                       |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |



A stylized line drawing of a person riding a motorcycle, tilted at an angle. The drawing is composed of simple black outlines on a white background. The rider is wearing a helmet and a jacket, and is leaning forward. The motorcycle has a large front wheel and a smaller rear wheel. The entire illustration is set within a rectangular frame that is part of a larger grid of similar frames.

- Realice la Inspección prooperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :
  - Revise los dos costados de la motocicleta (izquierdo, Derecho)
  - Identifique que no se encuentren piezas sueltas
  - Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)
  - Revise la presión y estado de los neumáticos
  - Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente
  - Inspeccione que los elementos de protección se encuentren en óptimo estado
  - Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan
  - Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señálcela en la imagen y relacione la información con la causante, indicando las observaciones

| Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta, señale con una X |                                                       | si el estado se encuentra Malo o Regular y mediante un ✓ el estado se encuentra Bueno (óptimas condiciones). |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1                                                                             | El motor                                              |                                                                                                              |  |
| 2                                                                             | El escape                                             |                                                                                                              |  |
| 3                                                                             | El sistema de lubricación                             |                                                                                                              |  |
| 4                                                                             | El sistema de refrigeración                           |                                                                                                              |  |
| 5                                                                             | El sistema de transmisión                             |                                                                                                              |  |
| 6                                                                             | El sistema de dirección                               |                                                                                                              |  |
| 7                                                                             | El sistema de frenos                                  |                                                                                                              |  |
| 8                                                                             | El sistema de suspensión                              |                                                                                                              |  |
| 9                                                                             | El sistema de iluminación                             |                                                                                                              |  |
| 10                                                                            | El sistema de sonido                                  |                                                                                                              |  |
| 11                                                                            | El sistema de control de velocidad                    |                                                                                                              |  |
| 12                                                                            | El sistema de control de presión de los neumáticos    |                                                                                                              |  |
| 13                                                                            | El sistema de control de la temperatura del motor     |                                                                                                              |  |
| 14                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 15                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 16                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 17                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 18                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 19                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |
| 20                                                                            | El sistema de control de la presión de los neumáticos |                                                                                                              |  |

[illegible]

Nombre de conductor

OBSERVACIONES: Lee sus papeles e examina los libros con las reglas demand con de la entidad

Page 3 Over 12

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES:** \_\_\_\_\_





GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS

CODIGO: FT-SST-130

VERSIÓN: 01

FECHA: 10/05/2024

CARGO: N/A

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN: mayo 2024

NOMBRE DEL CONDUCTOR: N/A

PLACA MOTOCICLETA: 22B19C

MODELO: BMW

CIINDRAE: 115 cc

MARCA: yamaha

NÚMERO SOAT: /

FECHA DE EXPEDICIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR: /

FECHA DE VENCIMIENTO SOAT: /

TARJETA DE PROPIEDAD FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA: /

NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR: /

EPS: /

ARL: /

NÚMERO DE PLACA: /

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DENTRO DE LA INSPECCIÓN

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)

-Identifique que no se encuentren piezas sueltas

-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)

-Revise la presión y estado de los neumáticos

-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente

-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado

-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan

-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señálelos en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)

-Identifique que no se encuentren piezas sueltas

-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)

-Revise la presión y estado de los neumáticos

-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente

-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado

-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan

-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señálelos en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una X si el estado se encuentra Malo o Regular y mediante un check el estado se encuentra Bueno (óptimas condiciones).

DÍA DE INSPECCIÓN

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

PARTES REVISADAS

Espejo retrovisor derecho

Espejo retrovisor izquierdo

Luces delanteras

Luces traseras

Direccionales Delanteros

Direccionales Traseros

Parrilla

Manubrio

Frenos

Tanque de gasolina

Guardabarro Delantero

Guardabarro Trasero

Rines

Pito

Neumáticos (Delantero, Trasero)

Kit de Arrastre

Fugas (aceite /gasolina/otros )

Asiento

Casco

Cebado

Traje Antifricción

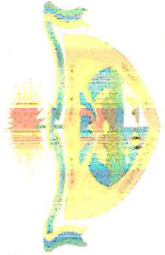
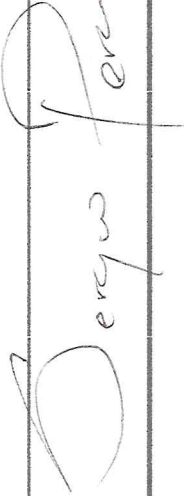
Kilometraje

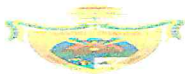
Nombre de conductor

OBSERVACIONES : las partes no se encuentran a disposición de la entidad por que fue verificado por el personal de la entidad.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES: [Firma]



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        | SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                 | FECHA: 15/11/2023 |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---|-------------|---------------|----|--|---------------|--|--|----------------------------|--|--|---------------|--|--|---------------|---|---|---|----|---|---|---|----|------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|----------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        | NIVEL 7: FORMATO N: FT-SST-098                        |                                 | VERSION: 0.1      |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| FORMATO INSPECCION DE CAMILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| PAGINA 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| LUGAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Contratadora departamental del Guinenc |                                                       | UBICACIÓN: Pasillo-cocina       |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| RESPONSABLE DE INSPECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Derego Navarro Pera                    |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Profesional en SST                     |                                                       | FECHA DE INSPECCION: 14/05/2026 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DESCRIPCION</th> <th colspan="3">B: BUENO</th> <th colspan="3">R: REGULAR</th> <th colspan="3">M: MAL ESTADO</th> <th colspan="3">NA: NO APLICA</th> <th rowspan="2">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>R</th> <th>M</th> <th>NA</th> <th>B</th> <th>R</th> <th>M</th> <th>NA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Señalización.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buena Señalización</td> </tr> <tr> <td>2. estado de la tabla (plastica o madera).</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buen estado</td> </tr> <tr> <td>3. costuras de las correas de amarre.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buen estado</td> </tr> <tr> <td>4. cintas reflectivas.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buen estado</td> </tr> <tr> <td>5. hebillas de cierre.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buen estado</td> </tr> <tr> <td>6. condiciones de aseo.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buenas Condiciones de aseo</td> </tr> <tr> <td>7. instalacio y/o sitio de hubicacion.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Buen Ubicacion</td> </tr> <tr> <td>8. se encuentra libre de obstaculos.</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Libre de obstaculos.</td> </tr> </tbody> </table> |                                        |                                                       |                                 |                   |   | DESCRIPCION | B: BUENO      |    |  | R: REGULAR    |  |  | M: MAL ESTADO              |  |  | NA: NO APLICA |  |  | OBSERVACIONES | B | R | M | NA | B | R | M | NA | 1. Señalización. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buena Señalización | 2. estado de la tabla (plastica o madera). | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buen estado | 3. costuras de las correas de amarre. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buen estado | 4. cintas reflectivas. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buen estado | 5. hebillas de cierre. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buen estado | 6. condiciones de aseo. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buenas Condiciones de aseo | 7. instalacio y/o sitio de hubicacion. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buen Ubicacion | 8. se encuentra libre de obstaculos. | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Libre de obstaculos. |
| DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B: BUENO                               |                                                       |                                 | R: REGULAR        |   |             | M: MAL ESTADO |    |  | NA: NO APLICA |  |  | OBSERVACIONES              |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B                                      | R                                                     | M                               | NA                | B | R           | M             | NA |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 1. Señalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buena Señalización         |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 2. estado de la tabla (plastica o madera).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buen estado                |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 3. costuras de las correas de amarre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buen estado                |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 4. cintas reflectivas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buen estado                |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 5. hebillas de cierre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buen estado                |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 6. condiciones de aseo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buenas Condiciones de aseo |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 7. instalacio y/o sitio de hubicacion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Buen Ubicacion             |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| 8. se encuentra libre de obstaculos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ✓                                      |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  | Libre de obstaculos.       |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| <b>OBSERVACIONES:</b> La Camilla se encuentra en buenas condiciones para la atención de casos emergencias que se presenten a vho (de las) las futuras de la Contraloría departamental del Guinenc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| FIRMA RESPONSABLE INSPECCION <div style="float: right; text-align: right;">  <br/>             Derego Navarro Pera           </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                                       |                                 |                   |   |             |               |    |  |               |  |  |                            |  |  |               |  |  |               |   |   |   |    |   |   |   |    |                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |



## FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE BOTIQUINES Y ELEMENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS

Fecha: NOV/15/2023

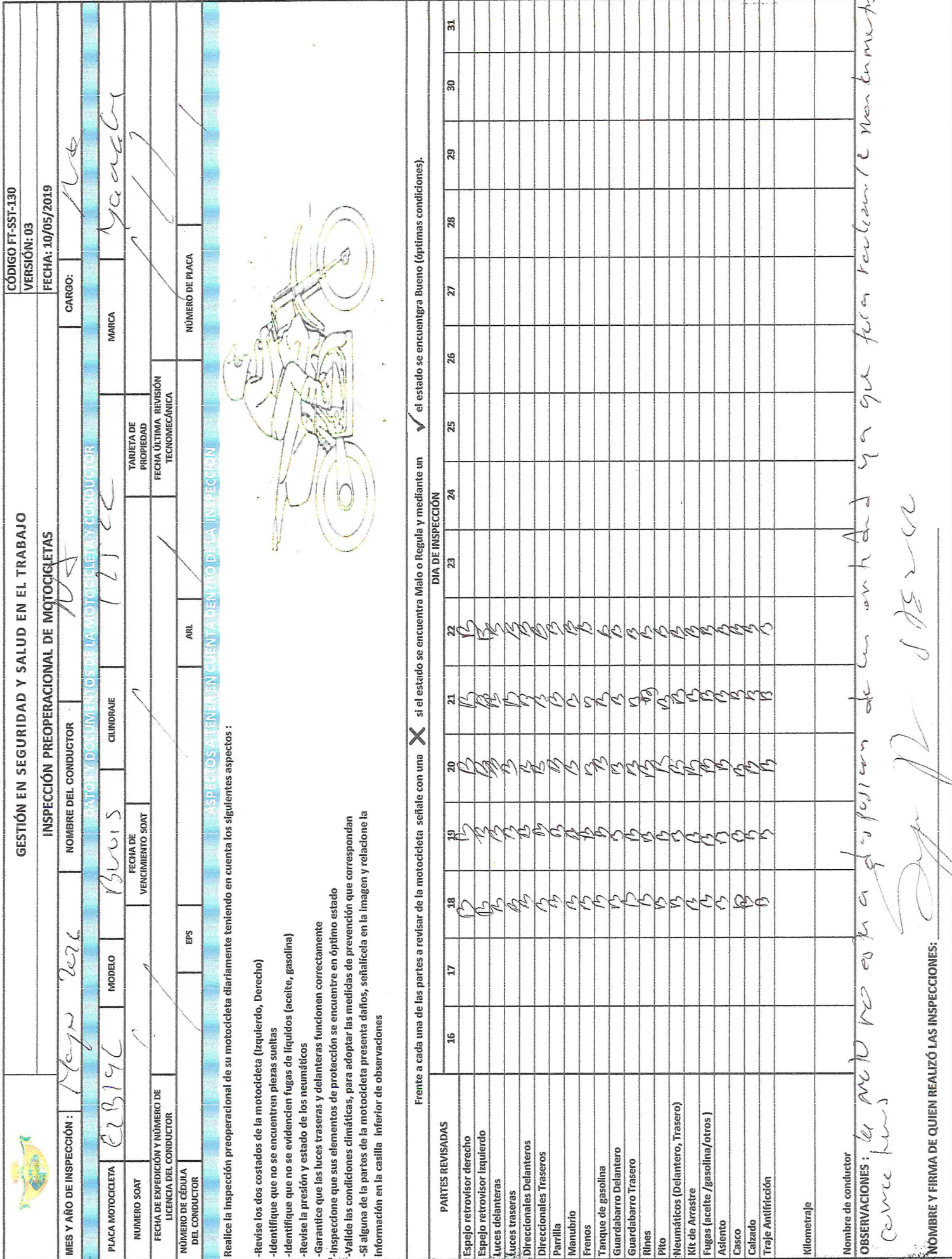
Versión: 001

Página 1 de 1

| UBICACIÓN                                             | AREA/PISO<br>SEDE   | CANTIDAD | FECHA DE VENCIMIENTO | VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |      |
|-------------------------------------------------------|---------------------|----------|----------------------|--------------|-------------|------|
| ANTISEPTICOS                                          |                     |          |                      |              |             |      |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml                 | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| SOLUCIÓN YODADA                                       | Frasco x 120 ml     |          |                      |              |             |      |
| EQUIPOS                                               |                     |          |                      |              |             |      |
| FONENDOSCOPIO                                         | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| TENSÍOMETRO                                           | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| TERMÓMETRO                                            | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| MATERIAL DE CURACIÓN                                  |                     |          |                      |              |             |      |
| ALGODÓN                                               | Bolsa               |          |                      |              |             |      |
| APLICADORES                                           | Paquete             |          |                      |              |             |      |
| APÓSITO o COMPRESAS NO ESTÉRILES                      | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| BAJALENGUAS                                           | Paquete x 20        |          |                      |              |             |      |
| CURAS                                                 | Caja                |          |                      |              |             |      |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"                          | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| GASAS ESTÉRILES                                       | Paquete x 3         |          |                      |              |             |      |
| GASAS LIMPIAS PAQUETE                                 | Paquete x 20        |          |                      |              |             |      |
| GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN                          | Caja por 100        |          |                      |              |             |      |
| JERINGAS                                              | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| MICROPOROLLO                                          | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc o 500 cc                       | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| TAPABOCAS                                             | Caja X 50           |          |                      |              |             |      |
| VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS                         | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS                         | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS                           | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS                           | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS                           | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| OCUSOR OCULAR ADULTO                                  | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| MEDICAMENTOS                                          |                     |          |                      |              |             |      |
| SULFADIAZINA DE PLATA                                 | Frasco              |          |                      |              |             |      |
| INSUMOS ADICIONALES                                   |                     |          |                      |              |             |      |
| BOLSAS PLÁSTICAS (ROJAS Y VERDES)                     | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| GAFAS PROTECTORAS                                     | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS                           | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| SABANAS DESECHABLES                                   | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| TIJERAS DE TRAUMA                                     | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| VASOS DESECHABLES                                     | Paquete por 25      |          |                      |              |             |      |
| ELEMENTOS DE EMERGENCIAS                              |                     |          |                      |              |             |      |
| CAMILLA DE ATENCIÓN                                   | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| CAMILLA RÍGIDA                                        | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| COLLAR CERVICAL ADULTO                                | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| ELEMENTO DE BARRERA o MÁSCARA PARA RCP                | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| INMOVILIZADORES DE CUELLO                             | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| INMOVILIZADORES o FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO) | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| INMOVILIZADORES o FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO) | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| INTFRNA                                               | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| PILAS DE REPUESTO                                     | Unidad              |          |                      |              |             |      |
| PLANOS                                                |                     |          |                      |              |             |      |
| LISTADO TELEFONOS DE EMERGENCIA                       |                     |          |                      |              |             |      |
| RESPONSABLE                                           | FECHA DE INSPECCION |          |                      | MES          | DIA         | AÑO  |
|                                                       |                     |          |                      | 05           | 10          | 2024 |
| FIRMA: <i>[Firma]</i>                                 |                     |          |                      |              |             |      |

ha despedido de primeros auxilios se está comprobando







| Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo                                                                           |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|---------------|------------------|-------------|-------------|--------|
| NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-060                                                                                                   |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| SG-SST                                                                                                                             |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE EXTINTORES                                                                                         |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| Fecha: NOV 15/2023<br>Versión: 001<br>Pagina 1 de 1                                                                                |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| CONCEPTO                                                                                                                           | EXTINTOR 1                                                                        |     | EXTINTOR 2 |     | EXTINTOR 3 |     | EXTINTOR 4 |     | EXTINTOR 5 |     | OBSERVACIONES | ACCIÓN DE MEJORA | RESPONSABLE | SEGUIMIENTO | CIERRE |
| El extintor está ubicado en el lugar preestablecido                                                                                | C                                                                                 | N/C | C          | N/C | C          | N/C | C          | N/C | C          | N/C |               |                  |             |             |        |
| El extintor no presenta obstáculos para su acceso                                                                                  |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| El extintor está completamente cargado y operable                                                                                  |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha)                                |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| El gabinete o gancho está ubicado a una altura no mayor a 1,5 m.                                                                   |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La base del extintor está al menos a 10 cm de altura sobre el nivel del piso                                                       |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| El extintor tiene el sello de seguridad                                                                                            |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| El extintor tienen el pasador o pin de seguridad                                                                                   |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La pintura del cilindro está en buen estado                                                                                        |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones                                       |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La manguera del extintor está en buen estado, sin roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, entre otros. |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| Los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla están bien                                                      |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La Corneta en los extintores de CO2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples                                      |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento                                  |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| La lectura de presión está dentro del rango operable                                                                               |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| Fecha de vencimiento                                                                                                               |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| G = Cumple NC = No cumple                                                                                                          |                                                                                   |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| AREA INSPECCIONADA                                                                                                                 | Instalaciones de la Barbería                                                      |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |
| RESPONSABLE                                                                                                                        | Fecha de Inspección: 22/11/2023<br>Día: 22 Mes: 11 Año: 2023<br>Firma: Sergio Pan |     |            |     |            |     |            |     |            |     |               |                  |             |             |        |



|  |                                                                                                                                                                     | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |                              |                |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|---------------|
|                                                                                  |                                                                                                                                                                     | NIVEL 7:                                                 |                              | FORMATOS N°:   | FT-SST-056    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                     | SG-SST                                                   |                              |                |               |
| FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA                                                      |                                                                                                                                                                     |                                                          |                              | Fecha:         | NOV 15/2023   |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                          |                              | Pagina 1 de 2  |               |
| Fecha de inspección: 27/05/2026                                                  |                                                                                                                                                                     | Hora: 9:00                                               | Area / Unidad operativa: AIP | Localidad: Ica |               |
| Inspección realizada por: Sergio Nuevo Fern                                      |                                                                                                                                                                     | Nombre responsable unidad: Carlos Mantuya                |                              |                |               |
| Dirección: Cerro                                                                 |                                                                                                                                                                     | Telefono:                                                |                              |                |               |
| LISTA DE CHEQUEO                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                          |                              |                |               |
| No.                                                                              | ELEMENTO A INSPECCIONAR                                                                                                                                             | CUMPLE                                                   |                              |                | OBSERVACIONES |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                     | SI                                                       | NO                           | NA             |               |
| 1                                                                                | <b>PELIGROS FISICOS</b>                                                                                                                                             |                                                          |                              |                |               |
| 1.1                                                                              | Existe buena iluminación artificial y natural.                                                                                                                      | X                                                        |                              |                |               |
| 1.2                                                                              | Las luminarias están en buen estado.                                                                                                                                | X                                                        |                              |                |               |
| 1.3                                                                              | Hay buena ventilación en el área.                                                                                                                                   | X                                                        |                              |                |               |
| 1.4                                                                              | El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).                                                                                            | X                                                        |                              |                |               |
| 1.5                                                                              | Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).                                                                    | X                                                        |                              |                |               |
| 1.6                                                                              | La temperatura es confortable.                                                                                                                                      | X                                                        |                              |                |               |
| 2                                                                                | <b>PELIGROS LOCATIVOS</b>                                                                                                                                           |                                                          |                              |                |               |
| 2.1                                                                              | Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 2.2                                                                              | Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).                                                                                                             | X                                                        |                              |                |               |
| 2.3                                                                              | Pisos en buen estado.                                                                                                                                               | X                                                        |                              |                |               |
| 2.4                                                                              | Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).                                                                                                                 | X                                                        |                              |                |               |
| 2.5                                                                              | Techos en buen estado (Sin goteras).                                                                                                                                | X                                                        |                              |                |               |
| 2.6                                                                              | Áreas de circulación despejadas (escaleras, zonas de tránsito en almacén, etc).                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 2.7                                                                              | Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.                                                                                               | X                                                        |                              |                |               |
| 2.8                                                                              | En general se observan las sillas en buen estado?                                                                                                                   | X                                                        |                              |                |               |
| 2.9                                                                              | Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.                                                                                 | X                                                        |                              |                |               |
| 3                                                                                | <b>PELIGROS ELÉCTRICOS</b>                                                                                                                                          |                                                          |                              |                |               |
| 3.1                                                                              | Cables eléctricos debidamente entubados.                                                                                                                            | X                                                        |                              |                |               |
| 3.2                                                                              | Los empalmes o conexiones están en buen estado.                                                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 3.3                                                                              | Tomas e interruptores en buen estado                                                                                                                                | X                                                        |                              |                |               |
| 3.4                                                                              | Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.                                                                                                                   | X                                                        |                              |                |               |
| 3.5                                                                              | Cables en buen estado.                                                                                                                                              | X                                                        |                              |                |               |
| 3.6                                                                              | Los tableros, cajas y circuitos están identificados.                                                                                                                | X                                                        |                              |                |               |
| 3.7                                                                              | Los tableros y cajas están libres de obstáculos.                                                                                                                    | X                                                        |                              |                |               |
| 3.8                                                                              | Existe señalización de peligros.                                                                                                                                    | X                                                        |                              |                |               |
| 4                                                                                | <b>PELIGROS DE SEGURIDAD</b>                                                                                                                                        |                                                          |                              |                |               |
| 4.1                                                                              | Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.                                                                                                      | X                                                        |                              |                |               |
| 4.2                                                                              | Extintores de carga vigente.                                                                                                                                        | X                                                        |                              |                |               |
| 4.3                                                                              | Extintores libre de obstáculos.                                                                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 4.4                                                                              | Existe señalización de extintores.                                                                                                                                  | X                                                        |                              |                |               |
| 4.5                                                                              | Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.                                                                                      | X                                                        |                              |                |               |
| 4.6                                                                              | Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 4.7                                                                              | El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).                                                                                                  | X                                                        |                              |                |               |
| 4.8                                                                              | Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).                                                                                                                     | X                                                        |                              |                |               |
| 4.9                                                                              | Hay botiquín y control de consumo.                                                                                                                                  | X                                                        |                              |                |               |
| 4.10                                                                             | Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?                                                                                                             | X                                                        |                              |                |               |
| 4.11                                                                             | Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?                                                                                          | X                                                        |                              |                |               |
| 5                                                                                | <b>PELIGROS BIOLÓGICOS</b>                                                                                                                                          |                                                          |                              |                |               |
| 5.1                                                                              | El área está libre de insectos y roedores.                                                                                                                          | X                                                        |                              |                |               |
| 6                                                                                | <b>PELIGROS BIOMECANICO</b>                                                                                                                                         |                                                          |                              |                |               |
| 6.1                                                                              | Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)                                                             | X                                                        |                              |                |               |
| 6.2                                                                              | Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador) | X                                                        |                              |                |               |
| 6.3                                                                              | Silla en buenas condiciones, espalda, asiento, patas o base                                                                                                         | X                                                        |                              |                |               |
| 6.4                                                                              | El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles                                                                               | X                                                        |                              |                |               |
| 7                                                                                | <b>ORDEN Y ASEO</b>                                                                                                                                                 |                                                          |                              |                |               |
| 7.1                                                                              | El área se encuentra organizada.                                                                                                                                    | X                                                        |                              |                |               |
| 7.2                                                                              | Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.                                                                                                  | X                                                        |                              |                |               |
| 7.3                                                                              | Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.                                                                                             | X                                                        |                              |                |               |
| 7.4                                                                              | El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.                                                                                         | X                                                        |                              |                |               |
| 8                                                                                | <b>SANEAMIENTO BASICO</b>                                                                                                                                           |                                                          |                              |                |               |

|      |                                                                                                              |   |  |   |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|--|
| 8,1  | Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.                                                              | X |  |   |  |
| 8,2  | Luminarias de baños en buen estado.                                                                          | X |  |   |  |
| 8,3  | Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.                                            | X |  |   |  |
| 8,4  | Están los inodoros limpios en buen estado.                                                                   | X |  |   |  |
| 8,5  | Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.                                   | X |  |   |  |
| 9    | <b>PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)</b>                                                            |   |  |   |  |
| 9,1  | Equipos y herramientas de oficina en buen estado                                                             | X |  |   |  |
| 9,2  | Archivo rodante en buen estado                                                                               | X |  |   |  |
| 10   | <b>PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)</b> |   |  |   |  |
| 10,1 | Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.                                        | X |  |   |  |
| 10,2 | Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.                                             | X |  |   |  |
| 10,3 | El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.      | X |  |   |  |
| 10,4 | Los funcionarios conocen la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.                                     | X |  |   |  |
| 10,5 | Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.                                                           |   |  | X |  |

| 11                       | MEDIO AMBIENTE                                 | BUEN ESTADO | REGULAR ESTADO | MAL ESTADO | OBSERVACIONES |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------|----------------|------------|---------------|
| 11.1 Agua y energia      | Horno microondas. (Si aplica)                  | X           |                |            |               |
|                          | Nevera. (Si aplica)                            | X           |                |            |               |
|                          | Cafetera. (Si aplica)                          | X           |                |            |               |
|                          | Aire Acondicionado. (Si aplica)                | X           |                |            |               |
|                          | Impresora / fotocopidora. (Si aplica)          | X           | X              |            |               |
|                          | Computador. (Si aplica)                        | X           | X              |            |               |
|                          | Otro.                                          |             |                |            |               |
| 11.2 Sustancias químicas | El area cuenta con las tarjetas de emergencia. |             |                |            |               |
|                          | El area cuenta con las Hojas de seguridad.     |             |                |            |               |
|                          | Otro.                                          |             |                |            |               |

#### OBSERVACIONES

Las instalaciones se encuentran en buen estado, se evidencia que los equipos de computo como computadores e impresoras se les brinda mantenimiento preventivo ya que se observa empujando a empujar algunos papeles.

*Sergio R. Soto* *Sergio R.*

Firma responsable inspección Firma Responsable del SG-SST





GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO FT-SST-130

VERSIÓN: 03

FECHA: 10/05/2019

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN: Mayo 2022

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS

NOMBRE DEL CONDUCTOR: [Signature]

CARGO: [Signature]

PLACA MOTOCICLETA: HAV 3477

MODELO: Nuro

CILINDRAJE: 105cc

MARCA: yamaha

NÚMERO SONT: [Signature]

FECHA DE VENCIMIENTO SONT: [Signature]

TARJETA DE PROPIEDAD: [Signature]

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA: [Signature]

NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR: [Signature]

EPS: [Signature]

ARL: [Signature]

NÚMERO DE PLACA: [Signature]

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)

-Identifique que no se encuentren piezas sueltas

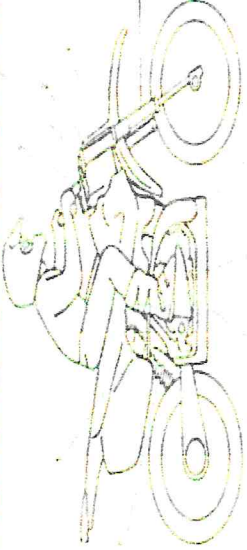
-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)

-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente

-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentren en óptimo estado

-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan

-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señálela en la imagen y relaciónela información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una ☒ si el estado se encuentra Malo o Regular y mediante un ☒ el estado se encuentra Bueno (óptimas condiciones).

DÍA DE INSPECCIÓN

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

PARTES REVISADAS

Espejo retrovisor derecho

Espejo retrovisor izquierdo

Luces delanteras

Luces traseras

Direccionales Delanteros

Direccionales Traseros

Parrilla

Manubrio

Frenos

Tanque de gasolina

Guardabarro Delantero

Guardabarro Trasero

Rines

Pito

Neumáticos (Delantero, Trasero)

Kit de Arrastre

Fugas (aceite /gasolina/otros )

Asiento

Casco

Calzado

Traje Antifricción

Kilometraje

Nombre de conductor

Observaciones: Se inspecciona en buenas condiciones para el uso de la entidad

Se inspecciona

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES:

[Signature]

|                                                                                   |                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</b> |                                     |
|                                                                                   | <b>NIVEL 0: PORTADAS N°:</b>                                    | <b>INF-SST-001</b>                  |
|                                                                                   | <b>SG-SST</b>                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)</b>             |                                                                 | <b>Fecha:</b> NOV 15/2023           |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Versión:</b> 001                 |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Página</b> 5 de 1                |

## ***PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y AFILIACIONES.***



***CORTE DEL 01/05/2026 AL 31/05/2026***

|                                                                     |                                                        |                                                                            |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Elaboró:</b><br>Sergio Mauricio Perea Barbosa<br>Profesional S.O | <b>Revisó:</b><br>GIOVANNA RIOS PINEDA<br>Supervisora. | <b>Aprobó:</b><br>CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ<br>Representante legal. | <b>Código:</b> INF-SST-001                      |
|                                                                     |                                                        |                                                                            | <b>Fecha de modificación:</b><br>NOV 15 de 2023 |



| DATOS DEL APORTANTE |                   | DATOS DEL APORTANTE           |                             | DATOS DEL APORTANTE |                               | DATOS DEL APORTANTE |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN                   | TÉLEFONO            | CORREO                        |                     |  |
| CC                  | 112163641         | SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA | gr. 24 y 23-28 barrio rollo | 9838349             | sergio.perea.1982@hotmail.com |                     |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE BUCURSAL               | CÓDIGO                      | DEPARTAMENTO        | CUIDAD / MUNICIPIO            |                     |  |
| ÚNICA               | I - Independiente |                               |                             | MEITA               | VILLAVICENCIO                 | NO                  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 86421165        | 25/05/2026               | 1                  | 3            |
| PERIODO SALUD        |                                   |                 | TIPO PLANILLA            | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           |                 | 1                        | \$0                | \$685.500    |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |            |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre     | NIT         | Colización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Colización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |            |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Santas EPS | 900251440-8 | 290.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 290.000       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización  |            | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal | No. Radicando | Valor Saldo a Favor | Fondo | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|-------------|------------|---------------|------------|------|------------|----------|---------------|---------------------|-------|---------------|---------------|
|            |          |             | Obligatoria | Voluntaria |               |            |      |            |          |               |                     |       |               |               |
| 14-11      | ARL SUFA | 890903790-5 | 24.300      |            |               | 24.300     | 0    | 0          | 24.300   |               |                     | 243   | 24.300        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Ptas Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mera Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|              |           | SENA              |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           | ICBF              |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           | ESAP              |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           | MEN               |               |               |

## TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora |  | Totales por Cuentas            |                                     |
|---------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
|                     |  | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora |
| Salud               |  | 1                              | 230.000                             |
| Pensión             |  | 1                              | 371.200                             |
| Riesgos Laborales   |  | 1                              | 24.300                              |
| GCF                 |  | 0                              | 0                                   |
| ESAP                |  | 0                              | 0                                   |
| IC 3F               |  | 0                              | 0                                   |
| MIEN                |  | 0                              | 0                                   |
| SENA                |  | 0                              | 0                                   |
| TOTALES             |  | 3                              | 645.500                             |

[illegible]





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006555786

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                        |               |                                          |                   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------|-------------------|
| Nombres                                                                   | CARLOS DANIEL | Apellidos                                | TRASLAVINA MONROY |
| Tipo de Identificación                                                    | CC            | Número de Identificación                 | 1006555786        |
| Tipo cotizante                                                            | DEPEND        | Subtipo Cotizante                        |                   |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                   | NO            | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO                |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |               |                                          | NO                |
| Departamento                                                              | GUAINIA       | Municipio                                | INIRIDA           |
| Salario Básico                                                            | \$ 3.964.936  | Tipo de Salario                          | FIJO              |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
| 29        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 2        | IBC                           | \$ 264.330         |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 42.300          |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
|                                       |          | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 42.300</b>   |

|                                  |          |                        |                  |
|----------------------------------|----------|------------------------|------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | EPS017-FAMISANAR |
| Días                             | 2        | IBC                    | \$ 264.330       |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 33.100        |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0             |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0             |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 33.100</b> |

|                              |   |                     |                            |
|------------------------------|---|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |   | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 2 | IBC                 | \$ 264.330                 |
| Clase de Riesgo              | 1 | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 1 | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 1.400</b>            |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |            |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC        | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 2              | 4,000 % | \$ 264.330 | \$ 10.600    |
| PAENA-SENA                        | 2              | 0,500 % | \$ 264.330 | \$ 1.400     |
| PAICBF-ICBF                       | 2              | 3,000 % | \$ 264.330 | \$ 8.000     |
| PAESAP-ESAP                       | 2              | 0,500 % | \$ 264.330 | \$ 1.400     |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 2              | 1,000 % | \$ 264.330 | \$ 2.700     |

TOTAL PAGADO:

\$ 100.900



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1032491257

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                        |              |                                          |            |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|------------|
| Nombres                                                                   | ANGI ISABELA | Apellidos                                | MELO LOPEZ |
| Tipo de Identificación                                                    | CC           | Número de Identificación                 | 1032491257 |
| Tipo cotizante                                                            | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |            |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                   | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO         |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |              |                                          | NO         |
| Departamento                                                              | GUAINIA      | Municipio                                | INIRIDA    |
| Salario Básico                                                            | \$ 4.680.766 | Tipo de Salario                          | VARIABLE   |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                 |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-----------------|
| PENSIÓN                               |          | Administradora                | 230301-PORVENIR |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 4.680.766    |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 749.000      |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0            |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0            |
| Total Aporte                          |          |                               | \$ 749.000      |

|                                  |          |                        |                  |
|----------------------------------|----------|------------------------|------------------|
| SALUD                            |          | Administradora         | EPS037-NUEVA EPS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 4.680.766     |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 585.100       |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0             |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0             |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | Total Aporte           | \$ 585.100       |

|                       |    |                |                            |
|-----------------------|----|----------------|----------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |    | Administradora | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 30 | IBC            | \$ 4.680.766               |
| Clase de Riesgo       |    | Tarifa         | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo     |    | Total Aporte   | \$ 24.500                  |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 4.680.766 | \$ 187.300   |
| PAENA-SENA                        | 30             | 0,500 % | \$ 4.680.766 | \$ 23.500    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 4.680.766 | \$ 140.500   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 4.680.766 | \$ 23.500    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 4.680.766 | \$ 46.900    |

TOTAL PAGADO:

\$ 1.780.300





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1077453168

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       |                          | Teléfono 5656628                    |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Período Cotización Otros       | abril / 2026 | Período Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |              |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|------------------|
| Nombres                                                                    | CESAR        | Apellidos                                | ARRIAGA MOSQUERA |
| Tipo de Identificación                                                     | CC           | Número de Identificación                 | 1077453168       |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |                  |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO               |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |              |                                          | NO               |
| Departamento                                                               | GUAINIA      | Municipio                                | INIRIDA          |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.964.936 | Tipo de Salario                          | FIJO             |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           | 06  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| PENSIÓN                               |          | Administradora                | 230201- PROTECCION |
| Días                                  | 6        | IBC                           | \$ 792.988         |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 126.900         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
|                                       |          | Total Aporte                  | \$ 126.900         |

|                                  |          |                        |                  |
|----------------------------------|----------|------------------------|------------------|
| SALUD                            |          | Administradora         | EPS037-NUEVA EPS |
| Días                             | 6        | IBC                    | \$ 792.988       |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 99.200        |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0             |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0             |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | Total Aporte           | \$ 99.200        |

|                       |   |                |                            |
|-----------------------|---|----------------|----------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |   | Administradora | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 6 | IBC            | \$ 792.988                 |
| Clase de Riesgo       | 1 | Tarifa         | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo     | 1 | Total Aporte   | \$ 4.200                   |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |            |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC        | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 6              | 4,000 % | \$ 792.988 | \$ 31.800    |
| PAENA-SENA                        | 6              | 0,500 % | \$ 792.988 | \$ 4.000     |
| PAICBF-ICBF                       | 6              | 3,000 % | \$ 792.988 | \$ 23.800    |
| PAESAP-ESAP                       | 6              | 0,500 % | \$ 792.988 | \$ 4.000     |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 6              | 1,000 % | \$ 792.988 | \$ 8.000     |

TOTAL PAGADO:

\$ 301.900



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121927650

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |              |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|------------------|
| Nombres                                                                    | ROSA ANA     | Apellidos                                | BOLIVAR CORREDOR |
| Tipo de Identificación                                                     | CC           | Número de Identificación                 | 1121927650       |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |                  |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO               |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |              |                                          | NO               |
| Departamento                                                               | GUAINIA      | Municipio                                | INIRIDA          |
| Salario Básico                                                             | \$ 5.898.371 | Tipo de Salario                          | FIJO             |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                   |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230301-PORVENIR   |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 5.898.371      |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 943.800        |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0              |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0              |
|                                       |          | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 943.800</b> |

|                                  |          |                        |                            |
|----------------------------------|----------|------------------------|----------------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 5.898.371               |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 737.300                 |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0                       |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0                       |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 737.300</b>          |

|                              |    |                     |                            |
|------------------------------|----|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |    | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 30 | IBC                 | \$ 5.898.371               |
| Clase de Riesgo              | I  | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 1  | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 30.800</b>           |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 5.898.371 | \$ 236.000   |
| PASENA-SENA                       | 30             | 0,500 % | \$ 5.898.371 | \$ 29.500    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 5.898.371 | \$ 177.000   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 5.898.371 | \$ 29.500    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 5.898.371 | \$ 59.000    |

TOTAL PAGADO:

\$ 2.242.900





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121928777

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Período Cotización Otros       | abril / 2026 | Período Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |                |                                          |               |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|---------------|
| Nombres                                                                    | DAVID SANTIAGO | Apellidos                                | OVALLE PUERTA |
| Tipo de Identificación                                                     | CC             | Número de Identificación                 | 1121928777    |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND         | Subtipo Cotizante                        |               |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO             | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO            |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |                |                                          | NO            |
| Departamento                                                               | GUAINIA        | Municipio                                | INIRIDA       |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.964.936   | Tipo de Salario                          | FIJO          |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                 |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-----------------|
| PENSIÓN                               |          | Administradora                | 230301-PORVENIR |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 3.964.936    |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 634.400      |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0            |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0            |
|                                       |          | Total Aporte                  | \$ 634.400      |

|                                  |          |                        |                  |
|----------------------------------|----------|------------------------|------------------|
| SALUD                            |          | Administradora         | EPS037-NUEVA EPS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 3.964.936     |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 495.700       |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0             |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0             |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | Total Aporte           | \$ 495.700       |

|                       |    |                |                            |
|-----------------------|----|----------------|----------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |    | Administradora | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 30 | IBC            | \$ 3.964.936               |
| Clase de Riesgo       | I  | Tarifa         | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo     | 1  | Total Aporte   | \$ 20.700                  |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 3.964.936 | \$ 158.600   |
| PASENA-SENA                       | 30             | 0,500 % | \$ 3.964.936 | \$ 19.900    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 3.964.936 | \$ 119.000   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 3.964.936 | \$ 19.900    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 3.964.936 | \$ 39.700    |

TOTAL PAGADO:

\$ 1.507.900

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES****SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 17324987**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                        |                  |                                          |                 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|-----------------|
| Nombres                                                                   | CARLOS ALEJANDRO | Apellidos                                | MONTOYA SANCHEZ |
| Tipo de Identificación                                                    | CC               | Número de Identificación                 | 17324987        |
| Tipo cotizante                                                            | DEPEND           | Subtipo Cotizante                        |                 |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                   | NO               | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO              |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                  |                                          | NO              |
| Departamento                                                              | GUAINIA          | Municipio                                | INIRIDA         |
| Salario Básico                                                            | \$ 17.879.217    | Tipo de Salario                          | FIJO            |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |           |                               |                     |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |           | Administradora                | 25-14 COLPENSIONES  |
| Días                                  | 30        | IBC                           | \$ 17.879.217       |
| Tarifa                                | 16,000 %  | Cotización Obligatoria        | \$ 2.860.700        |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 89.400 | FSP - Subsistencia            | \$ 89.400           |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0      | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0                |
|                                       |           | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 3.039.500</b> |

|                                  |          |                        |                     |
|----------------------------------|----------|------------------------|---------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | EPS005-SANITAS S.A  |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 17.879.217       |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 2.235.000        |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0                |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0                |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 2.235.000</b> |

|                              |    |                     |                            |
|------------------------------|----|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |    | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 30 | IBC                 | \$ 17.879.217              |
| Clase de Riesgo              | I  | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 1  | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 93.400</b>           |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |               |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|---------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC           | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 17.879.217 | \$ 715.200   |
| PAENA-SENA                        | 30             | 0,500 % | \$ 17.879.217 | \$ 89.400    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 17.879.217 | \$ 536.400   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 17.879.217 | \$ 89.400    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 17.879.217 | \$ 178.800   |

**TOTAL PAGADO:****\$ 6.977.100**





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 18256419

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Período Cotización Otros       | abril / 2026 | Período Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |              |                                          |                      |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|----------------------|
| Nombres                                                                    | JORGE HERNAN | Apellidos                                | VEINTEMILLO SANDOVAL |
| Tipo de Identificación                                                     | CC           | Número de Identificación                 | 18256419             |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |                      |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO                   |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |              |                                          | NO                   |
| Departamento                                                               | GUAINIA      | Municipio                                | INIRIDA              |
| Salario Básico                                                             | \$ 5.587.931 | Tipo de Salario                          | FIJO                 |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                   |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230301-PORVENIR   |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 5.587.931      |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 894.100        |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0              |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0              |
|                                       |          | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 894.100</b> |

|                                  |          |                        |                   |
|----------------------------------|----------|------------------------|-------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | NUEVA EPS CM      |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 5.587.931      |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 698.500        |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0              |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0              |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 698.500</b> |

|                              |    |                     |                            |
|------------------------------|----|---------------------|----------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |    | Administradora      | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                         | 30 | IBC                 | \$ 5.587.931               |
| Clase de Riesgo              | I  | Tarifa              | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo            | 1  | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 29.200</b>           |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 5.587.931 | \$ 223.600   |
| PAENA-SENA                        | 30             | 0,500 % | \$ 5.587.931 | \$ 28.000    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 5.587.931 | \$ 167.700   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 5.587.931 | \$ 28.000    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 5.587.931 | \$ 55.900    |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 2.125.000</b> |
|----------------------|---------------------|



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 42143906

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL |                          |                                     |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                           | Número de Identificación | 892000495                           |
| Ciudad/Municipio                                                          | INIRIDA                       | Departamento             | GUAINIA                             |
| Dirección                                                                 | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2       | Teléfono                 | 5656628                             |
| Tipo Empresa                                                              | PUBLICA                       | Actividad Económica      | Instituciones especiales oficiales. |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR                  | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                         |                          |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |                          | NO                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                          |             |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Número Planilla                | 6017250868   | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026 | Periodo Cotización Salud | mayo / 2026 |
| Días de Mora                   | 0            | Fecha Pago               | 2026/05/04  |
| Número Autorización            | 279244081    |                          |             |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |              |                                          |             |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|-------------|
| Nombres                                                                    | GIOVANNA     | Apellidos                                | RIOS PINEDA |
| Tipo de Identificación                                                     | CC           | Número de Identificación                 | 42143906    |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |             |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO          |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |              |                                          | NO          |
| Departamento                                                               | GUAINIA      | Municipio                                | INIRIDA     |
| Salario Básico                                                             | \$ 3.781.025 | Tipo de Salario                          | FIJO        |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| PENSIÓN                               |          | Administradora                | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 3.781.025       |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 605.000         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
|                                       |          | Total Aporte                  | \$ 605.000         |

|                                  |          |                        |                  |
|----------------------------------|----------|------------------------|------------------|
| SALUD                            |          | Administradora         | EPS037-NUEVA EPS |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 3.781.025     |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 472.700       |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0             |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0             |
| UPC Adicional                    | \$ 0     | Total Aporte           | \$ 472.700       |

|                       |       |                |                            |
|-----------------------|-------|----------------|----------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |       | Administradora | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 30    | IBC            | \$ 3.781.025               |
| Clase de Riesgo       | I     | Tarifa         | 0,522 %                    |
| Centro de Trabajo     | 00522 | Total Aporte   | \$ 19.800                  |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF68-COMCAJA                     | 30             | 4,000 % | \$ 3.781.025 | \$ 151.300   |
| PASENA-SENA                       | 30             | 0,500 % | \$ 3.781.025 | \$ 19.000    |
| PAICBF-ICBF                       | 30             | 3,000 % | \$ 3.781.025 | \$ 113.500   |
| PAESAP-ESAP                       | 30             | 0,500 % | \$ 3.781.025 | \$ 19.000    |
| PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION    | 30             | 1,000 % | \$ 3.781.025 | \$ 37.900    |

TOTAL PAGADO:

\$ 1.438.200



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO**

**Bancolombia**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|                                                                           |                                       |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| NIT IDENTIFICACIÓN:                                                       | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:         | 892000495                           |
| RAZÓN SOCIAL:                                                             | CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA |                                     |
| CUBAD/IDENTIFICACIÓN:                                                     | INIRIDA DEPARTAMENTO:                 | GUAINIA                             |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 15 N° 7 33 PISO 2 TELÉFONO:     | 5656628                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:         | B-MENOS DE 200 COTIZANTES           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PUBLICA ACTIVIDAD ECONOMICA:          | Instituciones especiales oficiales. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                 |                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                       | NO                                  |

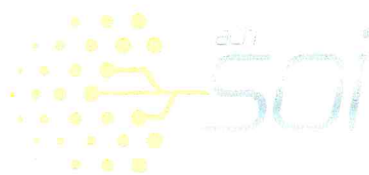
**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |             |
|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>6017250868</b> | TIPO DE PLANILLA:    | E-EMPLEADOS |
| PERÍODO COTIZACIÓN:      | MES: abril        | PERÍODO COTIZACIÓN:  | MES: mayo   |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2026         | SALUD:               | AÑO: 2026   |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |             |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/04        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 279244081   |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                              |        |                                        | <b>TOTALES</b>    |                     |
|------------------------------|--------|----------------------------------------|-------------------|---------------------|
|                              |        |                                        | <b>COTIZANTES</b> | <b>TOTAL PAGADO</b> |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                        |                   |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                        |                   |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |                   |                     |
| 8002297390                   | 230201 | 230201- PROTECCION                     | 1                 | \$ 126.900          |
| 9003360047                   | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 3                 | \$ 3.686.800        |
| 8002248088                   | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 4                 | \$ 3.221.300        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                        | <b>8</b>          | <b>\$ 7.035.000</b> |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                        |                   |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                        |                   |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |                   |                     |
| 8300035647                   | EPS017 | EPS017-FAMISANAR                       | 1                 | \$ 33.100           |
| 8002514406                   | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A                     | 1                 | \$ 2.235.000        |
| 9001562642                   | EPS041 | NUEVA EPS CM                           | 1                 | \$ 698.500          |
| 9001562642                   | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                       | 4                 | \$ 1.652.700        |
| 9015432116                   | CCFC55 | CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S             | 1                 | \$ 737.300          |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                        | <b>8</b>          | <b>\$ 5.356.600</b> |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                                        |                   |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                        |                   |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |                   |                     |
| 8002319694                   | CCF68  | CCF68-COMCAJA                          | 8                 | \$ 1.714.400        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                        | <b>8</b>          | <b>\$ 1.714.400</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                        |                   |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                        |                   |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |                   |                     |
| 8600111536                   | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 8                 | \$ 224.000          |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                        | <b>8</b>          | <b>\$ 224.000</b>   |
| <b>OTROS PARAFISCALES</b>    |        |                                        |                   |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                        |                   |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |                   |                     |
| 8999990341                   | PASENA | PASENA-SENA                            | 8                 | \$ 214.700          |
| 8999992392                   | PAICBF | PAICBF-ICBF                            | 8                 | \$ 1.285.900        |
| 8999990547                   | PAESAP | PAESAP-ESAP                            | 8                 | \$ 214.700          |
| 8999990017                   | PAMIED | PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION         | 8                 | \$ 428.900          |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                        |                   | <b>\$ 2.144.200</b> |

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 16.474.200</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>          |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 16.474.200</b> |







## Sucursal Virtual Negocios

### Pago PSE

4 May 2026 16:00

**NIT 892000495**

Usuario: GIOVANNA RIOS PINEDA



**Pago exitoso**

CUS 279244081

Comercio  
**SOI ACH**

Referencia 1  
**10.80.25.153**

Fecha  
**4 May 2026 16:00**

Referencia 2  
**NI**

Número de factura  
**6017250868**

Referencia 3  
**892000495**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla Integrada de  
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago  
**\$16.474.200**

Número de comprobante  
**TR260504160053Qe2SqP**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto  
\*\*\*\* 0228**



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                              |                                  |                          |                                     | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                           |      |       | EMPLEADOS |           |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------|-------|-----------|-----------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                       | NIT                              | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE PLANTA:                      | TIPO DE PLANILLA:              | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES  | MESES |           |           |
| CIUDAD/AÑO:                                                                | IRINDA                           | DEPARTAMENTO:            | GUANIA                              | 6017250868                     | 2006                      | 2006 | mayo  | 2006      | 270241081 |
| DIRECCIÓN:                                                                 | CALLE 16 N° 733 PISO 2           | TELÉFONO:                | 01-67-7333333                       | DÍAS DE MORA:                  | 0                         |      |       |           |           |
| EMPRESA:                                                                   | COMERCIALIZADORA DE AGUA POTABLE | ACTIVIDAD ECONÓMICA:     | BAÑEROS DE 200 COTIZANTES           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/05/04                |      |       |           |           |
| FORMA DE RESERVENCIÓN:                                                     | PÚBLICA                          |                          | Instituciones especiales oficiales. |                                |                           |      |       |           |           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEIVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | ÚNICO                            |                          | NO                                  |                                |                           |      |       |           |           |

[illegible][illegible]

| ADMINISTRADORA |                                        | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |            | MORA |  | DESCUENTO |      | VALOR PAGADO |            |
|----------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|------------|------|--|-----------|------|--------------|------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE                                 | Nº. COTIZANTES                        | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES    |      |  |           |      |              |            |
| 14-23          | 14-24 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 8                                     |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 0        | \$ 224.000 |      |  |           | \$ 0 | \$ 0         | \$ 224.000 |
| SUBTOTAL PR:   |                                        |                                       |                     |       |                      |               |       |             |            |      |  |           |      |              |            |

| ADMINISTRADORA  |        | TOTAL APORTE A CADA DE COMPENSACION FAMILIAR |      | TOTAL        |  |
|-----------------|--------|----------------------------------------------|------|--------------|--|
| CODIGO          | NOMBRE | APORTES                                      | MORA | VALOR PAGADO |  |
| ECF-08          |        | \$ 174.400                                   | \$ 0 | \$ 174.400   |  |
| ECF-08-CONJUGIA |        | \$ 1.714.400                                 | \$ 0 | \$ 1.714.400 |  |
| ECF-08-OTROS    |        | \$ 1.714.400                                 | \$ 0 | \$ 1.714.400 |  |

| TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES |                                        |                |        |                |                    |
|------------------------------------|----------------------------------------|----------------|--------|----------------|--------------------|
|                                    | CÓDIGO                                 | ADMINISTRADORA | NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES            |
| PASBP                              | PASBP - ESIP                           |                |        | 8              | \$ 0               |
| PAGF                               | PAGF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR |                |        | 8              | \$ 1,285.00        |
| PAPED                              | PAPED - MINISTERIO DE EDUCACION        |                |        | 8              | \$ 428.00          |
| PASEA                              | PASEA - SEHA                           |                |        | 8              | \$ 214.70          |
| <b>SUBTOTAL:</b>                   |                                        |                |        |                | <b>\$ 2,144.70</b> |

[illegible]



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

[illegible]

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 16.474.200</b> |
|----------------------|----------------------|