ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	Revisión 1
CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Stiven Camilo Solano		Cèdula	1009312685	Peso: 62
Cargo	ayudante		Tiempo en el cargo	ayudante	Talla 1.64
Área	operativa		Tiempo en la Empresa	consorcio	Estado civil: soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	28/08/2024	

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un circulo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
(a) Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal	X	
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente	X	
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra		X	Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		X
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho	X	
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)	X	
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		X
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		X
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos	X	
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		X
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		X
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___ 2___	3 X 4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER X JANSSEN _____ MODERNA X OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO X CUAL? _____		

Camilo Solano
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Gustavo Gilberto Lugo		Cèdula	1085330899	Peso:	71
Cargo	Ayudante		Tiempo en el cargo	2 años	Talla	
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil:	Unión libre
Dependencia	Operativo.	Administrativo.	Fecha			

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
(c) 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
(c) Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
(b) Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional ✓

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra		X	Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

Talla: V = 41

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisión 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		X
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		
Calambres nocturnos en piernas		
Movimientos involuntarios en manos o piernas		
Temblores		
Convulsiones		
Desvanecimientos		
Mareos		
Dolores de cabeza frecuentes		
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		X
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No X
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No X
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1 ___ 2 ___	3 ___ 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA_____ OTRA____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO ____ CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO_____ CUAL? _____		

Cristian Lopez
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Jardi David Delgado		Cédula	1009342963	Peso:	
Cargo	ayudante		Tiempo en el cargo		Talla	
Área	Bombona		Tiempo en la Empresa		Estado civil:	
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha			

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un circulo

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

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
b. No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
b. No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
b. No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos	X		Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-016-24 Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		
Manos		
Miembros inferiores		

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Difícil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
Ha (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
A qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___ 2___	3___ 4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN X___		
MODERNA_____ OTRA____ CUAL_____		
Padeces alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL?		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO__ CUAL? _____		

Jhonder Delgado
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre			Cédula		Peso:	
Cargo			Tiempo en el cargo		Talla	
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil:	
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha			

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas X

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) X
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino X
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas X
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar X
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
X Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años X

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años X

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
X a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
b. No X
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI X
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
b. No X
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
b. No X
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
b. No X
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión		/	Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		/
			Cual?		/

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		X
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		X
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		X
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		X
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		X
Cual?		

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___2___	3___4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____PFIZER____JANSSEN _____ MODERNA_____OTRA____CUAL_____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___NO ____CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO_____CUAL? _____		

Jaime Portilla
FIRMA DEL TRABAJADOR

Graclas por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Luis Miguel Solano		Cèdula	1082746979	Peso:	79
Cargo	ayudante		Tiempo en el cargo	4 años	Talla	1.76
Área	operativo		Tiempo en la Empresa	menos de año	Estado civil:	Soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	28/08/24		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un circulo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
(b) Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
(a) Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a) No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra		X	Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		X
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24 Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		X
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		X
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X
Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__		
Consulto a su EPS? Si___ No___		
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___		
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___		
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __		
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__		
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __		

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		X
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		X
Cual?		

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___2___	3___4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA_____ OTRA____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO ____ CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO__X__ CUAL? _____		

FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permitan la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Jesus Cortidos		Cédula	1036755211	Peso:	84
Cargo	Electricista		Tiempo en el cargo	10 AÑOS	Talla	L
Área			Tiempo en la Empresa	2 AÑOS	Estado civil:	soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	12/agosto/2024		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
(c) 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
(a) Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
(c) Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
(b) Término Indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional Si

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario NO

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional Si

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. SI
(b) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz	X		Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisión 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI X	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___2 X	3___4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA____ OTRA X CUAL Astrazeneca		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO X CUAL? _____		

Jesus Bastidas
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Shony Fabian		Cédula	1086225130	Peso: 76
Cargo	Aviñar Electrico		Tiempo en el cargo		Talla: 165
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil: union libre
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un circulo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
X 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
X Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
X Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
X Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. X Diario _____
Semanal _____
Quincenal X
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario 2 Semanal

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
b. X
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
b. No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
b. X
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisión 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		X
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		X
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1 ___ 2 ___	3 ___ 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA _____ OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO ____ CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO_____ CUAL? _____		

Shony Fabian Cañez Botina
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Hallo Fernando Aranda P.		Cédula	13.071.665	Peso:	79
Cargo	Tecnico Electricista		Tiempo en el cargo	17 años	Talla	1.73
Área	Bombeona		Tiempo en la Empresa	medio de un mes	Estado civil:	soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	12-09-2024		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
(d.) 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a.) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a.) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b.) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
(c.) Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c.) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b.) De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f.) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
(b.) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a.) No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b.) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b.) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b.) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___2 X	3___4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER X JANSSEN _____ MODERNA _____ OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____		

FIRMA DEL TRABAJADOR

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisiòn 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	JESÚS ARMANDO J U.		Cèdula	12'750.758.	Peso:	67
Cargo	AUX ELECTRICO		Tiempo en el cargo	10 AÑOS	Talla	1.68
Área	Lombona		Tiempo en la Empresa	- UN MES.	Estado civil:	soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	12. 08. 24.		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
(d.) 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a.) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a.) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b.) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
(c.) Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a.) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
(b.) Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b.) De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b.) SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal X
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
(b.) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a.) No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b.) No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b.) No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b.) No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión		X	Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X
Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__		
Consulto a su EPS? Si___ No___		
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___		
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___		
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __		
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__		
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __		

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Difícil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		X
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		
Otra		
Cual?		

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___2___	3___4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA _____ OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO_____ CUAL? _____		

Jesus Armando SU.
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Gabriel Benavides		Cédula	1082746343	Peso: 69
Cargo	Ayudante		Tiempo en el cargo	menos de un año	Talla: 1.70
Área			Tiempo en la Empresa	menos de un año	Estado civil: soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	28/08/2024	

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
(a) Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
(a) Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario ____
Semanal X
Quincenal ____
Mensual ____
Ocasional ____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario ____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal ____
Mensual ____
Quincenal ____
Ocasional X

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
(b) No
Parte del cuerpo afectada ____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
(b) No
Cúal: ____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
(b) No
Cúal: ____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		
manos		
Miembros inferiores		

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 mín a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___ 2___	3 X 4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER X JANSSEN _____ MODERNA _____ OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO X CUAL? _____		

Gabriel Benavides
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Abarca Aurelio Delgado		Cédula		Peso:	
Cargo	Maestro Auxiliar		Tiempo en el cargo		Talla	
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil:	
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha			

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un circulo

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

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI
Diario X
Semanal
Quincenal
Mensual
Ocasional

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario 1 Semanal

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI
Semanal
Mensual
Quincenal
Ocasional X

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
b. No
Parte del cuerpo afectada

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
b. No
Cúal:

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
b. No
Cúal:

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos		X	Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra			Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar	X	
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		
Cual?		
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	**SI**	**NO**
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)	X	
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices	X	
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado	X	
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)	X	
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria	X	
Ansiedad		X
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__

Consulto a su EPS? Si___ No___

¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___

La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___

En qué hora del día se presenta la molestia? Mañana ___ Tarde___ Noche __

¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__

Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 min a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI X	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1 ___ 2 ___	3 X 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA _____ OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL? _____		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO ✓ CUAL? _____		

FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemografico del consorcio Obras Consaca, así como recopilar datos que permiten la valoración de una serie de manifestaciones relacionadas con la salud de los trabajadores.

El formato utilizado para la recopilacion de informacion hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Luis Cesnoys		Cèdula	1085261586	Peso:	
Cargo	Almacenista		Tiempo en el cargo		Talla	
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil:	Soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha			

A. Por favor responda las preguntas, encerrando su respuesta en un círculo

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

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

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.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Término fijo
b. Término indefinido
c. Contrato de prestación de servicios
d. Honorarios/servicios profesionales
e. Contrato de aprendizaje

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. Deportivas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. HA TENIDO ACCIDENTES DE TRABAJO
a. Si
b. No
Parte del cuerpo afectada _____

17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL
a. Si
b. No
Cúal: _____

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
b. No
Cúal: _____

B. Por favor responda las preguntas, marcando con "X" SI o NO

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO	¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Ojos y Visión			Sistema respiratorio		
Enrojecimiento de los ojos			Nariz tapada		X
Ardor, lagrimeo		X	Picor o secreción nasal		X
Ojos muy sensibles a la luz		X	Irritación de garganta		X
Resequedad en los ojos		X	Tos seca frecuente		X
Dolor en los globos oculares		X	Crisis de asma		X
Otra		X	Dificultad de la respiración ante esfuerzos moderados		X
Cual?			Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		
			Cual?		

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24 Revisiòn 1
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	22/03/2024

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema cardiocirculatorio		
Sensación de opresión o molestias en el pecho		X
Palpitaciones		X
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		X
Hinchazón en pies o tobillos		X
Otra		X
Cual?		
Sistema urinario	SI	NO
Deseo frecuentes de orinar	X	
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		
Piel	SI	NO
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	SI	NO
Dolor en el cuello		X
Dolor en los hombros		X
Columna Dorsal (media)		X
Columna Lumbar (cintura)		X
Brazos o antebrazos		X
Codos		X
manos		X
Miembros inferiores		X

¿HA SENTIDO O TENIDO EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI	NO
Sistema digestivo		
Ardor o dolor en el estomago		X
Dificil digestión		X
Pérdida de apetito		X
Diarrea		X
Estreñimiento		X
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	SI	NO
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
Calambres nocturnos en piernas		X
Movimientos involuntarios en manos o piernas		X
Temblores		X
Convulsiones		X
Desvanecimientos		X
Mareos		X
Dolores de cabeza frecuentes		X
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	SI	NO
Varices		X
Nerviosismo		X
Depresión		X
Cansancio exagerado		X
Dificultad para dormir		X
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		X
Durante el día se siente somnoliente o sedado		X
Se dificulta la concentración		X
Presenta trastornos de la memoria		X
Ansiedad		
Otra		
Cual?		

Tiempo de la sintomatología? - de 1 mes __entre 1 a 6 meses __ +de 7__
Consulto a su EPS? Si___ No___
¿Lo (a) han incapacitado por la sintomatología?: Si___ No___
La incapacidad tiene una duración de: menos de 3 días____ Más de 3 días___
En qué hora del día se presenta la molestía? Mañana ___ Tarde___ Noche __
¿La molestia le afecta su desempeño laboral? Si__ No__
Realiza actividad física por lo menos 3 veces o 150 mín a la semana? SI ___ NO __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI	NO X
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1___ 2___	3 X 4___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac X PFIZER____ JANSSEN _____ MODERNA X OTRA ____ CUAL _____		
Presenta alguna comorbilidad, enfermedad preexistente? SI ___ NO X CUAL?		
Presento algun tipo de reaccion alergica con la aplicación de la vacuna? SI____ NO X CUAL? _____		

Luis Casanova
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner