	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	Luis Hermindo Rocio		Cèdula	12 745062.	Peso:		
Cargo	Aux Electrico.		Tiempo en el cargo	3 año.	Talla		
Área			Tiempo en la Empresa	2 año	Estado civil:	Soltero	
Dependencia	Operativo: X	Administrativo:	Fecha	19/09/2024.			

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 obra
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

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
	CONSORCIO OBRAS CONSACA NIT No. 901776231-3	Revisiòn 1 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		
Palpitaciones		
Aceleración del ritmo cardiaco (taquicardia)		
Hinchazón en pies o tobillos		
Otra		
Cual?		
Sistema urinario	SI	NO
Deseo frecuentes de orinar		
Ardor o dolor al orinar		
Sangre en la orina		
Otra		
Cual?		
Piel	SI	NO
Picazón en la piel (urticaria)		
Eczema o enrojecimiento de la piel		
En que parte?		
Otra		
Cual?		
Sistema osteomuscular	SI	NO
Dolor en el cuello		
Dolor en los hombros		
Columna Dorsal (media)		
Columna Lumbar (cintura)		
Brazos o antebrazos		
Codos		
manos		
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		
Difícil digestión		
Pérdida de apetito		
Diarrea		
Estreñimiento		
Otra		
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		
Nerviosismo		
Depresión		
Cansancio exagerado		
Dificultad para dormir		
Cambios bruscos de carácter (irritabilidad)		
Durante el día se siente somnoliente o sedado		
Se dificulta la concentración		
Presenta trastornos de la memoria		
Ansiedad		
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? _____		

Luis Rosero
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	Johan Yaqueno.	Cèdula	1086349[illegible]	Peso:	
Cargo	Aux Electrico.	Tiempo en el cargo	> año	Talla	
Área		Tiempo en la Empresa	< año	Estado civil	U. Libre
Dependencia	Operativo. X Administrativo.	Fecha	19/09/24.		

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 obra.
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

	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		
Otra		
Cual?		
Otros signos y síntomas	**SI**	**NO**
Varices		X
Nerviosismo		✓
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		
Ansiedad		
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? _____		

Yoha Yaqueno
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	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	Carlos Idelver Mutis.		Cédula	1136885167.	Peso:	
Cargo	Aux electrico.		Tiempo en el cargo	2 año	Talla	
Área			Tiempo en la Empresa	1 año	Estado civil:	U. Libre
Dependencia	Operativo: X	Administrativo.	Fecha	19/09/24		

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 obra.
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
		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

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		
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?		

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? _____		

Carlos Lopez
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	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	Byron andres muñoz.		Cèdula	1085334.556	Peso:
Cargo	Aux electrico.		Tiempo en el cargo	2 año	Talla
Área			Tiempo en la Empresa	5 año	Estado civil:
Dependencia	Operativo:	Administrativo.	Fecha	17/09/24.	

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 + obra
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			Nariz tapada		
Ardor, lagrimeo			Picor o secreción nasal		
Ojos muy sensibles a la luz			Irritación de garganta		
Resequedad en los ojos			Tos seca frecuente		
Dolor en los globos oculares			Crisis de asma		
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
		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?		X
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
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		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? _____		

Byron Motta
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD CONSORCIO OBRAS CONSACA Nit No. 901778231-3	F-SGSST-018-24 Revisión 1 22/03/2024

Objetivo: Esta encuesta permite identificar el perfil sociodemográfico 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 recopilación de información 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	Oscar Daniel Nuño	Cédula	1065877574	Peso	
Cargo	Auxiliar	Tiempo en el cargo	6 meses	Talla	
Área		Tiempo en la Empresa	6 meses	Estado civil	Soltero
Dependencia	Operativo X Administrativo	Fecha	17/9/24		

A. Por favor responda las preguntas, encerrando la 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 más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión 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 domésticas
c. Recreación 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 x obra.
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		
Entrecerramiento 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)		
			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		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
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		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? _____		

Jhon Mojis
FIRMA DEL TRABAJADOR

Graclas por su colaboración!

Powered by CamScanner