

EVALUACIÓN INDUCCIÓN EN SST E INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE SALUD CONTRATISTAS 2026

Una vez revisado el material de apoyo de la inducción en SST, debe realizar la siguiente evaluación.
Si obtiene una calificación menor a 80 debe realizarla de nuevo.

Dando cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, a las Resoluciones 1843 de 2025 y 2646 de 2008 frente a la obligación de la Entidad de contar con información sociodemográfica y de las condiciones de salud de las servidoras, servidores y contratistas, les invitamos a diligenciar la siguiente encuesta que permitirá tener información para orientar las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Puntos: 80/100

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1

Al pulsar el botón Acepto, autorizo a la Secretaria Distrital de la Mujer, para almacenar dentro de su sistema de información, los datos personales que yo voluntariamente diligencie dentro del presente formulario. Entiendo que estos datos serán custodiados y tratados en los términos de la Ley 1581 de 2012 y demás disposiciones concordantes. *

☒ Acepto

☐ No acepto

DATOS PERSONALES

2

Número de documento de identidad *

3

Nombres y apellidos completos *

Keith Briñez Reyes

EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST



✓ **Correcto** 10/10 Puntos

4

LA SIGLA SG - SST SIGNIFICA *

- ☐ Sistema de Seguridad Social del trabajo
- ☒ Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- ☐ Sistema Global de Salud Social para el Trabajo

✗ **Incorrecto** 0/10 Puntos

LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INCLUYE ASPECTOS RELACIONADOS CON: *

- ☐ Brindar lineamientos generales para el relacionamiento interno y externo, donde todas las servidoras, servidores públicos y contratistas de la Secretaría Distrital de la Mujer.
- ☐ Prevenir las violencias y discriminaciones contra las personas que se identifican con orientaciones sexuales e identidades de género diversas LGBTIQ+ y otras poblaciones históricamente discriminadas.
- ☒ Adopción de medidas de control para la prevención de riesgos de soborno.
- ☒ Ejecución de actividades de prevención y control tendientes a mitigar los riesgos asociados con la ocurrencia de accidentes e incidentes de tránsito.

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

LOS OBJETIVOS DEL SG- SST SON: *

- ☒ Identificar continua y sistemáticamente los peligros, evaluar, valorar los riesgos y determinar los controles para su eliminación o mitigación proporcionando lugares de trabajo seguros y saludables
- ☒ Definir e implementar planes y estrategias para el mejoramiento continuo del SG-SST mediante el seguimiento y la evaluación periódica.
- ☐ Reducir el estrés asociado a lactancia materna.

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

SON RESPONSABILIDADES DE LOS CONTRATISTAS FRENTE AL SG-SST *

- ☒ Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad
- ☐ Reportar a la ARL cuando se tiene una incapacidad
- ☒ Informar oportunamente acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo

- ☒ Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

8

SI SUFRO UN ACCIDENTE DE TRABAJO DEBO: *

- ☐ Reportar el evento directamente a la ARL
- ☒ Reportar al supervisor del contrato y al equipo SST de la Dirección de Talento Humano quienes realizaran el reporte a la ARL

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

9

LAS SIGUIENTES SON ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL CONTROL DE LOS PELIGROS *

- ☐ Comité Paritario de seguridad y Salud en el Trabajo
- ☒ Sistema de vigilancia para la prevención de riesgos psicosociales
- ☒ Programa de capacitación en SST
- ☐ Comité de convivencia Laboral

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

10

CUÁLES SON LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CON LOS QUE CUENTA EL SG-SST *

- ☒ Inspecciones de seguridad
- ☒ Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- ☒ Auto-reporte de condiciones de trabajo y salud

☐ Comisión de personal

☒ Brigadas de emergencia

✗ **Incorrecto** 0/10 Puntos

11

QUÉ DOCUMENTOS PUEDO ENCONTRAR DENTRO DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS DE SALUD MENTAL *

☒ Higiene del sueño

☒ Hábitos para reducir el estrés

☐ Autorregulación emocional

☐ Primeros auxilios para animales de compañía

☒ Trabajo en equipo y resiliencia

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

12

ESTÁNDARES DE SEGURIDAD *

☒ Recomendaciones de seguridad para el uso de elementos de oficina

☐ Reporte de presunto caso de acoso laboral

☒ Prevención de caídas al mismo nivel

☒ Medidas de prevención desplazamiento en escaleras

✓ **Correcto** 10/10 Puntos

13

EL PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS SIRVE PARA: *

- ☐ Prevenir que no se presenten sismos ni emergencias
- ☒ Mitigar o reducir los efectos negativos de las situaciones de emergencia.
- ☐ Prepararnos, imitando un suceso real para tomar las medidas necesarias de seguridad en caso de que se materialice una amenaza 3

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

✗ **Incorrecto**

14

Edad *

35

Respuestas correctas:

18 A 29 años

30 a 39 años

40 a 49 años

50 a 59 años

60 años o más

15

Sexo *

- ☒ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Intersexual

16

Identidad de género *

- ☒ Cisgénero
- ☐ Trans

☐ No binaria

☐ Otra

17

Estado civil *

☒ Soltera (o)

☐ Casada (o)

☐ Viuda (o)

☐ Unión libre

18

Tipo de vinculación *

☐ Planta

☒ Contratista

19

Grado de escolaridad *

Seleccione el último nivel aprobado

☐ Bachiller

☐ Técnico

☐ Tecnólogo

☐ Profesional

☐ Especialización

☒ Maestría

☐ Doctorado

20

Estrato socio económico *

☐ Estrato 1

☐ Estrato 2

☒ Estrato 3

☐ Estrato 4

☐ Estrato 5

☐ Estrato 6

21

Dependencia *

☐ Despacho

☐ Oficina Asesora de Planeación

☐ Oficina Asesora Jurídica

☐ Oficina de Control Interno

☐ Oficina de Control Disciplinario Interno

☐ Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades

☐ Dirección de Eliminación de Violencias y Acceso a la Justicia

☒ Dirección de Territorialización de Derechos y Participación

☐ Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad

- ☐ Dirección de Derechos y Diseño de Política
- ☐ Dirección de Gestión del Conocimiento
- ☐ Dirección de Enfoque Diferencial
- ☐ Dirección del Sistema de Cuidado
- ☐ Subsecretaría de Gestión Corporativa
- ☐ Dirección Administrativa y Financiera
- ☐ Dirección de Talento Humano
- ☐ Dirección de Contratación

22

Servicio *

- ☐ Agencia MUJ - 123
- ☐ Archivo
- ☐ CAF (CAIVAS - CAPIV)
- ☐ Casa de Todas
- ☐ Casas de Justicia
- ☐ Casas de Justicia Ruta Integral
- ☐ Casas Refugio
- ☐ CIOM
- ☐ Duplas Psico Jurídicas
- ☒ Grupos de Litigio
- ☐ Hospitales
- ☐ Línea Púrpura

☐ Manzanas del cuidado y Unidades Móviles

☐ SAAT

☐ Sede Administrativa

☐ URI

☐ Otra

23

Localidad de trabajo *

☐ Antonio Nariño

☐ Barrios Unidos

☐ Bosa

☐ Candelaria

☐ Chapinero

☐ Ciudad Bolívar

☒ Engativá

☐ Fontibón

☐ Kennedy

☐ Los Mártires

☐ Puente Aranda

☐ Rafael Uribe

☐ San Cristóbal

☐ SantaFe

☐ Suba

- ☐ Sumapaz
- ☐ Teusaquillo
- ☐ Tunjuelito
- ☐ Usme
- ☐ Usaquén

INFORMACIÓN CONDICIONES DE SALUD

Seleccione según corresponda

24

¿Usa gafas o lentes de contacto para realizar sus actividades laborales? *

- ☐ Si
- ☒ No

25

¿Al final de sus labores, presenta alguno de los siguientes síntomas? *

- ☐ Cansancio o fatiga visual
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Ardor en los ojos
- ☐ Cefalea (Dolor de cabeza intenso)
- ☒ Ninguna de las anteriores

26

Presenta alguna enfermedad del ojo y sus anexos (astigmatismo, cataratas, miopía, hipermetropía, astigmatismo, disminución de la agudeza visual, estrabismo etc.) *

☐ Si

☒ No

27

Enfermedades del oído (otitis externa, hipoacusia, vértigo, trastornos en el oído medio, etc) *

☐ Si

☒ No

28

Enfermedades del sistema respiratorio (faringitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis, neumonía, asma, rinitis alérgica, etc) *

☐ Si

☒ No

29

Enfermedades del sistema circulatorio (arritmias cardíacas, aneurismas, angina de pecho, aterosclerosis, embolia, enfermedades agudas del corazón, varices, trombosis, hipertensión, hipotensión etc) *

☐ Si

☒ No

30

Enfermedades del sistema digestivo (gastritis, síndrome de colón irritable, reflujo gastroesofágico, cálculos biliares, pancreatitis, etc) *

☐ Si

☒ No

31

Enfermedades osteomusculares (artritis, fibromialgia, tendinitis, bursitis, esclerosis múltiple, síndrome del túnel carpiano, gota, etc) *

☐ Si

☒ No

32

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, deficiencias nutricionales, deficiencia de vitaminas, adiposidad localizada, amiloidosis, intolerancia a la lactosa, trastornos metabólicos, obesidad, etc) *

☐ Si

☒ No

33

Trastornos del comportamiento o salud mental (trastornos del ánimo, depresión, ansiedad o cualquier enfermedad que afecte su comportamiento) *

☐ Si

☒ No

34

Enfermedades congénitas (labio leporino, paladar hendido, pie bot (pie zambo o pie equino varo), displasia de cadera, etc) *

☐ Si

☒ No

35

Enfermedades ginecológicas y de las mamas (tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, etc) *

☐ Si

☒ No

36

Enfermedades renales o del sistema genitourinario por ejemplo: (nefritis, cistitis, cálculo de riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de próstata, varicocele, etc) tumores renales *

☐ Si

☒ No

37

Tumores y/o enfermedades oncológicas por ejemplo: (Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos, etc) *

☐ Si

☒ No

38

Enfermedades infecciosas por ejemplo: (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, enfermedad de Chagas, hepatitis, Varicela, Dengue, SARS COV-19, (covid-19) Chikungunya, etc) *

☐ Si

☒ No

39

Indique si a usted cuenta con el esquema básico de vacunación para adultos (Covid-19, influenza, vacuna TD tétanos y difteria) *

☐ Si

☒ No

40

Indique si usted utiliza algún tipo de prótesis u órtesis tales como: audífonos, lentes ópticos, marcapasos, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas *

☐ Si

☒ No

41

Toma algún medicamento actualmente de manera rutinaria *

☐ Si

☒ No

42

Tiene conocimiento de padecer alguna alergia a medicamentos, alimentos, sustancias, etc. *

☐ Si

☒ No

ESTILOS DE VIDA

43

Fuma *

☐ Si

☒ No

44

Consume bebidas alcohólicas *

☐ Si

☒ No

45

¿Practica algún deporte? *

☒ Si

☐ No

46

En caso que la pregunta anterior sea afirmativa, indicar que deporte practica. *

natacion

47

¿Con qué frecuencia practica deporte? *

- ☐ Diario
- ☐ De 2 a 3 veces por semana
- ☒ 1 vez a la semana
- ☐ Quincenal
- ☐ N/A

48

¿Presenta usted alguna discapacidad? *

- ☐ Si
- ☒ No

49

¿Se encuentra actualmente en proceso de calificación de origen de alguna enfermedad laboral? *

- ☐ Si
- ☒ No

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

50

Indique nombre y apellido de un familiar o persona a quien se pueda contactar en caso de emergencia *

Wenceslao Briñez

51

Parentesco *

Padre

52

Número de contacto *

3114642785

53

Adjuntar copia del certificado de aptitud laboral o concepto médico vigente.
(Pregunta no anónima^①) *



KEITTH BRIÑEZ REYES 1014214394 (1)_Keith Briñez Reyes 2.pdf

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)