	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 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	Diego Mauricio Rigoli		**Cèdula**	1082949936	Peso:	70
Cargo	Ubicrio de obra.		Tiempo en el cargo	anuio	Talla	170
Área	Logistica E.		Tiempo en la Empresa	2 dio 19	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 3 VECES
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?		X	Tos y expectoración (secreciones)		X
			Otra		X
			Cual?		X

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?		X
Sistema urinario	**SI**	**NO**
Deseo frecuentes de orinar		X
Ardor o dolor al orinar		X
Sangre en la orina		X
Otra		X
Cual?		X
Piel	**SI**	**NO**
Picazón en la piel (urticaria)		X
Eczema o enrojecimiento de la piel		X
En que parte?		X
Otra		X
Cual?		X
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?		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?		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 __

SARS COV 2 - COVID 19		
Ha sido diagnosticado con covid 19?	SI X	NO
Cuantas dosis de vacuna covid tiene en su esquema	1 X 2 ___	3 ___ 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ 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? _____		

Nadres Blanco.
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 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	Jhon Edward Cuero Chaw		Cèdula	1082440619	Peso:	70
Cargo			Tiempo en el cargo		Talla	1.77
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil:	Soltero
Dependencia	Operativo:	Administrativo:	Fecha	24/03/2024		

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

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
X Soltero (a)
b. Casado (a)
c. 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
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/Doctorado

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

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X Labores domèsticas
c. 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
X Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna h. no se han organizado.

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

14. FUMA
a. SI
X. No
Promedio diario _____

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

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

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

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO COMÚN
a. Si
X 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		

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		
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 X	3 ___ 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac X 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 X CUAL? _____		

FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 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	Jesus estella		Cèdula	1082746101	Peso: 70
Cargo	auxiliar		Tiempo en el cargo		Talla 41
Área			Tiempo en la Empresa		Estado civil: soltera
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 X

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		
			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		
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		

¿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		
Pérdida de apetito		
Diarrea		
Estreñimiento		
Otra		
Cual?		
Sistema nervioso	**SI**	**NO**
Hormigueos o adormecimientos en brazos y/o piernas		X
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		
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?		

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 ___	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? _____		

Jesus Estrella
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	Arley Pato S.	Cèdula	1004347627	Peso:	68
Cargo	Ayudante	Tiempo en el cargo	4 semanas	Talla	1.70
Área	Consorcio Consaca	Tiempo en la Empresa	4 semanas	Estado civil:	Soltero
Dependencia	Operativo: / Administrativo:	Fecha	24-07-24		

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 ____
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		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
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___
¿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 X 4 ___
Que tipo de vacuna se le aplico? Sinovac ____ 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_____ CUAL? ____		

Arley Potosi.
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner

	ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD	F-SGSST-015-24
		Revisiòn 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	Maides Lasso.		**Cèdula**		**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

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
X 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		
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
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		
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 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 X CUAL? _____		

Valdes Lasso
FIRMA DEL TRABAJADOR

Gracias por su colaboración!

Powered by CamScanner