

	FORMATO DE REPORTE DE CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS Y DE SALUD		CÓDIGO: ICFE-P-77-F-12
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		VERSIÓN: 01	
		FECHA: 10 SEP 2020	
Nombres y Apellidos: <u>Abigail Enrique Urzola Tobio</u>		Cargo: <u>OPS</u>	
N° Identificación: <u>79.342.142</u>		Seccional ó centro de trabajo: <u>Villavicencio</u>	
Fecha: <u>15-01-2021</u>			
Marque con una X el tipo de trabajador			
Tipo de trabajador: EP: ☐ CE: ☐ TO: ☐ OPS: ☒			
Marque con una X la respuesta donde aplique			
I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA			
SEXO: Masculino ☒ Femenino ☐		EDAD: <u>55 años</u>	
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☒ Técnica ☐ Tecnólogo ☐ Doctorado ☐		TIPO DE CARGO: Operativo ☐ Administrativo ☒	
ESTADO CIVIL: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐			
ESTRATO SOCIOECONOMICO: Estrato 1 ☐ Estrato 2 ☒ Estrato 3 ☐ Estrato 4 ☐ Estrato 5 ☐ Estrato 6 ☐			
MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA IR CASA-TRABAJO-CASA: Transmilenio ☐ SITP ☐ Bus ☐ Taxi ☐ Bicicleta ☐ Vehículo Particular ☒			
II. HABITOS			
CONSUMO DE TABACO: Diario ☐ Ocasional ☐ No consume ☒			
CONSUMO DE ALCOHOL: Diario ☐ Ocasional ☐ No consume ☒			
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Diario ☐ Ocasional ☐ No consume ☒		Que sustancia consume?	
PRÁCTICA EJERCICIO: Diario ☐ Ocasional ☐ No realiza ☒		Que ejercicio realiza?	
PRÁCTICA DEPORTE: Diario ☐ Ocasional ☐ No realiza ☒		Que deporte realiza?	
III. CONDICIONES DE SALUD			
Presenta alguna enfermedad de base (Ejem: deficiencia renal, cardiovascular, cefaleas, desnutrición, cancer, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Presenta alguna discapacidad (física o psicosocial)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Se encuentra en estado de embarazo		SI ☐ NO ☒ Cuantos meses?	
Conoce su Peso y Talla		SI ☒ NO ☐ Peso (kg) <u>75 Kg</u> Talla (m) <u>1.73 m.</u>	
Tiene dificultad respiratoria (le silba el pecho, duele, asma, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Tiene dificultad auditiva (siente vertigo, siente pito o dolor en los oídos, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Tiene dificultad visual (uso de gafas formuladas, resequedad en los ojos, lagrimeo excesivo, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Tiene dificultad a nivel ergonómico (dolor en cuello miembros superiores - inferiores, tronco, nivel lumbar, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Presenta alteraciones a nivel de la piel (dermatitis, descamación, infección en piel, manos, uñas, pies, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
Presenta alteraciones a nivel psicosocial (dolor de cabeza constante, dificultad en conciliar el sueño, conflictos constantes en las relaciones interpersonales, desmotivación constante en el trabajo, sentimiento de irritabilidad, sus emociones diarias le restan bienestar, etc)		SI ☐ NO ☒ Cual?	
IV. CONDICIONES DE TRABAJO			
Cuanto tiempo lleva en el cargo?			
Cuanto tiempo lleva contratado con la entidad?			
Maneja sustancias químicas en su cargo? SI ☐ NO ☒			
Siente algún malestar cuando manipula sustancias químicas? SI ☐ NO ☒			
El trabajador certifica que en el presente formato reportó información veraz sobre sus condiciones sociodemográficas, económicas, conductas y/o hábitos de estilo de vida y de salud			
Firma del trabajador <u>C.C 79.342.142</u>			