	FORMATO DE REPORTE DE CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS Y DE SALUD	CÓDIGO: ICFE-P-77-F-12
ICFE		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FECHA:10 SEP 2020

Nombres y Apellidos:	Jhon Fredy Agudelo Tunjano	**Cargo:**	
Nº Identificación:	1.006.775.346	**Seccional ó centro de trabajo:**	**Fecha:** 25-01-2021

Marque con una X el tipo de trabajador

Tipo de trabajador:		**EP:**		**CE:**		**TO:**		**OPS:**	X

Marque con una X la respuesta donde aplique

I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

SEXO: Masculino [X] Femenino [ ] **EDAD:** 24 años **TIPO DE CARGO:** Operativo [X] Admnistrativo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Tecnólogo [ ]
Universitario [ ] Especialización [ ] Maestria [ ] Doctorado [ ]

ESTADO CIVIL:

Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Unión libre [X] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ]

ESTRATO SOCIOECONOMICO

Estrato 1 [X] Estrato 2 [ ] Estrato 3 [ ] Estrato 4 [ ] Estrato 5 [ ] Estrato 6 [ ]

MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA IR CASA-TRABAJO-CASA

Transmilenio [ ] SITP [ ] Bus [ ] Taxi [ ] Bicileta [ ] Vehiculo Particular [ ]

II. HABITOS

CONSUMO DE TABACO:	Diario	[ ]	Ocasional	[ ]	No consume	[X]	
CONSUMO DE ALCOHOL:	Diario	[ ]	Ocasional	[ ]	No consume	[X]	
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:	Diario	[ ]	Ocasional	[ ]	No consume	[X]	Que sustancia consume?
PRÁCTICA EJERCICIO:	Diario	[ ]	Ocasional	[ ]	No realiza	[X]	Que ejercicio realiza?
PRÁCTICA DEPORTE:	Diario	[ ]	Ocasional	[ ]	No realiza	[X]	Que deporte realiza?

III. CONDICIONES DE SALUD

Presenta alguna enfermedad de base (Ejem: deficiencia renal, cardiovascular, cefaleas, desnutrición, cancer, etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Presenta alguna discapacidad (fisica o psicosocial)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Se encuentra en estado de embarazo	SI [ ]	NO [X]	Cuantos meses?	
Conoce su Peso y Talla	SI [ ]	NO [X]	Peso (kg)_____	Talla (m)_____
Tiene difultad respiratoria (le silba el pecho, duele, asma,etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Tiene difultad auditiva (siente vertigo, siente pito o dolor en los oidos, etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Tiene difultad visual (uso de gafas formuladas, resequedad en los ojos, lagrimeo excesivo,etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Tiene difultad a nivel ergonómico (dolor en cuello miembros superiores - inferiores, tronco, nivel lumbar,etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Presenta alteraciones a nivel de la piel (dermatitis, descamación, infección en piel, manos, uñas, pies,etc)	SI [ ]	NO [X]	Cual?	
Presenta alteraciones a nivel psicosocial (dolor de cabeza constante, dificultan en conciliar el sueño, conflictos constantes en las relaciones interpersonales, desmotivación constante en el trabajo, sentimiento de irritabilidad, sus emociones diarias le restan binestar, etc)	SI [ ]	NO [X]	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 X Siente algun malestar cundo manipula sustancias químicas? SI_____ NO_____

El trabajador certifica que en el presente formato reportó información veraz sobre sus condiciones sociodemograficas, economicas, conductas y/o habitos de estilo de vida y de salud.

Firma del trabajador